

SELKÄYDINVAMMAPOTILAAN
OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN
PÄIJÄT- HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN
OSASTO 41:LLÄ

Liitteenä opas selkäydinvammaiselle potilaalle

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja Terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Kevät 2010
Iina Koskela
Marja Matikainen
Petra Pulkki

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

IINA KOSKELA
MARJA MATIKANEN
PETRA PULKKI

Selkäydinvammapotilaan ohjauksen kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:llä
-Liitteenä opas selkäydinvammapotilaalle

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 43 sivua, 19 liitesivua

Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Hankkeistetun opinnäytetyömme aiheena on selkäydinvammapotilaan ohjauksen kehittäminen Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 41:llä sairaanhoitajan näkökulmasta. Hankkeen tuotoksena on opas, mikä sisältää tuoretta ja tutkittua tietoa selkäydinvammasta ja vamman aiheuttamista muutoksista päivittäiseen elämään. Tarkoituksena on, että opas tukee osaston 41 hoitohenkilökuntaa selkäydinvammapotilaan suullisessa ohjauksessa. Oppaan avulla potilas ja hänen perheensä saavat tietoa selkeässä muodossa. Oppaassa huomioidaan myös potilaan ja hänen perheensä psyykinen jaksaminen.

Oppaan sisällön määrittämisessä käytimme apuna teorian tietoa sekä haastattelimme osasto 41:n hoitohenkilökuntaa, joiden erityisosaamisalueena on selkäydinvammapotilaan hoitotyö. Näiden tietojen pohjalta kokosimme oppaan rungon. Oppaassa käsittelemme tietoa selkäydinvammasta, ihonhoidosta, ravitsemuksesta ja eritystoiminnasta sekä potilaan ja hänen perheensä psyykkisestä jaksamisesta.

Oppaan arvioinnissa käytimme apuna kirjallista kyselyä. Kyselyyn vastasi osaston 41 hoitohenkilökunnasta viisi (5) hoitajaa. Palautteen perusteella oppaan teksti koettiin liian teoreettiseksi. Lisäksi siitä puuttui tieto kuntoutuspalaverista sekä osastolla toteutettavasta moniammatillisesta yhteistyöstä. Muokkasimme opasta saamamme palautteen perusteella.

Avainsanat: Selkäydinvamma, potilasneuvonta, kehittäminen

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

IINA KOSKELA
MARJA MATIKANEN
PETRA PULKKI

The improvement of guidance for patients with spinal cord injury on ward 41 of Päijät-Häme central hospital:
An instruction leaflet for patients with spinal cord injury

Bachelor's Thesis in Nursing, 43 pages, 19 appendices

Spring 2010

ABSTRACT

The objective of our commissioned thesis was to improve the guidance of disabled patients with spinal cord injury on ward 41, in Päijät-Häme central hospital from the point of view of nurses. The product of our thesis is a brochure that includes fresh knowledge about spinal cord injury and the changes it brings to the patient's everyday life. The purpose is that the knowledge that is in the brochure supports the verbal guidance that the nursing staff gives to the patient. The brochure gives clearly worded information to the patient and his family. The patient and his family's psychological wellbeing is also taken into consideration in the brochure.

When we were defining the content of the brochure we used theoretic information and interviewed the ward's nursing staff whose special area of expertise is nursing patients with spinal cord injury. Based on that information we gathered the framework of the brochure. The brochure includes information about spinal cord injury, skin care, nutrition, excretion and the psychological wellbeing of the patient and his family.

We used written inquiry to help us to assess the brochure. Five nurses from ward 41 answered our written inquiry. The answers reveals that the text in the brochure was too theoretical. It was also short of information about the rehabilitation meeting and the multiprofessional co-operation that they carry out on the ward. Based on the given feedback we edited and improved the text of the brochure.

Key words: spinal cord injury, patient guidance, improvement

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SELKÄYDINVAMMAPOTILAAN HOITOTYÖ	3
2.1	Selkäranka, hermosto ja selkäydinvamma	3
2.2	Selkäydinvammapotilaan hoitotyö osastolla	6
2.3	Toimintakyky, asento- ja liikehoito, ihonhoito, erityistoiminta ja ravitseminen selkäydinvamman jälkeen	7
2.4	Selkäydinvammapotilas kriisi tilanteessa ja siitä selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä	16
2.5	Selkäydinvammapotilaan ja hänen perheensä kriisin huomioiminen sairaanhoitajan näkökulmasta	17
3	SELKÄYDINVAMMAPOTILAAN OHJAUS JA NEUVONTA HOITOTYÖSSÄ	19
3.1	Selkäydinvammapotilaan ohjauksen ja neuvonnan lähtökohdat hoitotyössä	19
3.2	Sairaanhoitajan rooli potilaan ohjauksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa	21
3.3	Ohjauksen esteet ja mahdollisuudet hoitajan ja potilaan näkökulmasta	24
3.4	Kirjalliset ohjeet ohjauksen tukena	25
4	HANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
5	HANKKEEN HYÖDYNsAAJAT, YHTEISTYÖTAHOT JA BUDJETTI	27
6	HANKKEEN AIKATAULU, SUUNNITTELU JA TOTEUTUMINEN	28
6.1	Hankkeen aikataulu	28
6.2	Hankkeen ja oppaan suunnittelu	29
6.3	Hankkeen ja oppaan toteutuminen	31
7	HANKKEEN ARVIOINTI	33
8	POHDINTA	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Potilaan ohjaus ja neuvonta kuuluvat oleellisena osana sairaanhoitajan työhön. Hoitoaikojen lyhentyminen, itsehoidon korostuminen sekä potilaan tiedon tason lisääntyminen ovat vaikuttaneet ohjauksen ja neuvonnan merkityksen lisääntymiseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2005, 71–72.) Sairaanhoitaja työskentelee osastolla potilaan kanssa ajallisesti eniten, joten hänellä on kokonaisvastuu potilaan ohjaamisen toteuttamisesta (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26).

Kirjallisen materiaalin avulla potilaalle annetaan tietoa hoitoon liittyvistä asioista (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124). Torkkolan ym. (2002, 29) mukaan suullisesti annetun ohjauksen haittana on asioiden unohtaminen. Ohjauksessa tulee esille paljon tietoa, joka estää olennaisten asioiden mieleen painamisen. Suullisen ohjauksen lisäksi kirjallinen materiaali on hyvä olla tukemassa ohjausta. Kirjallisista ohjeista hyötyvät myös potilaan omaiset.

Käypä hoito- suosituksen mukaan vuosittain noin 100 ihmistä saa traumasta johtuvan selkäydin- tai liikuntavamman. Keski-ikältään potilaat ovat noin 39-vuotiaita ja suurin osa heistä on miehiä (77 %). Suurimmassa osassa tapauksista vamman aiheuttajana on ollut liikenneonnettomuus (41,8 %). Muita yleisiä vamman aiheuttajia ovat olleet putoamis- tai sukellustapaturmat sekä pahoinpitelyt. Tetraplegiaan eli nelirajahalvaukseen on johtanut 48,2 % onnettomuuksista. (Selkäydinvamma 2006.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää selkäydinvammapotilaan ohjausta Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:llä, tekemällä opas suullisen ohjauksen tueksi. Hoitotyön kehittämistä voidaan toteuttaa kehittämishankkeen avulla. Opinnäytetyön aihe voi olla tarkkarajainen, eikä sen tarvitse olla osa isompaa kehittämishanketta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 57.) Opas on opinnäytetyömme liitteenä 1. Työssä käsittelemme selkäydinvammapotilaita, joiden vamma on syntynyt äkillisesti vamman tai onnettomuuden seurauksena. Opas sisältää

tuoretta ja tutkittua tietoa selkäydinvammasta, siihen liittyvistä muutoksista potilaan päivittäisissä toiminnoissa, traumaattisesta kriisistä sekä potilaan ja perheen psyykkisestä jaksamisesta. Oppaan tavoitteena on olla helposti ymmärrettävä, selkeä ja helppolukuinen. Se on myös helposti saatavilla Intranetissä.

Opinnäytetyömme aihe muodostui kiinnostuksestamme selkäydinvammoja ja selkäydinvammapotilaita kohtaan. Yhteistyökumppanimme on Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osaston 41, jossa hoidetaan selkäydinvammapotilaita. Teimme osaston kanssa sopimuksen, jonka mukaan he ottavat oppaan käyttöön osastolla.

Selkäydinvamma ja sen aiheuttamat muutokset ovat yksilöllisiä ja laajoja aiheita. Sairaanhoidajaopiskelijoina rajasimme työn sisällön koskemaan hoitotyötä. Me emme käsittele opinnäytetyössämme aiheita, joista on jo julkaistu oppaita esimerkiksi selkäydinvamma ja seksuaalisuus. Aiheen rajaamisessa huomioimme kirurgian osasto 41:llä haastattelussa esille tulleet tarpeet.

2 SELKÄYDINVAMMAPOTILAAN HOITOTYÖ

2.1 Selkäranka, hermosto ja selkäydinvamma

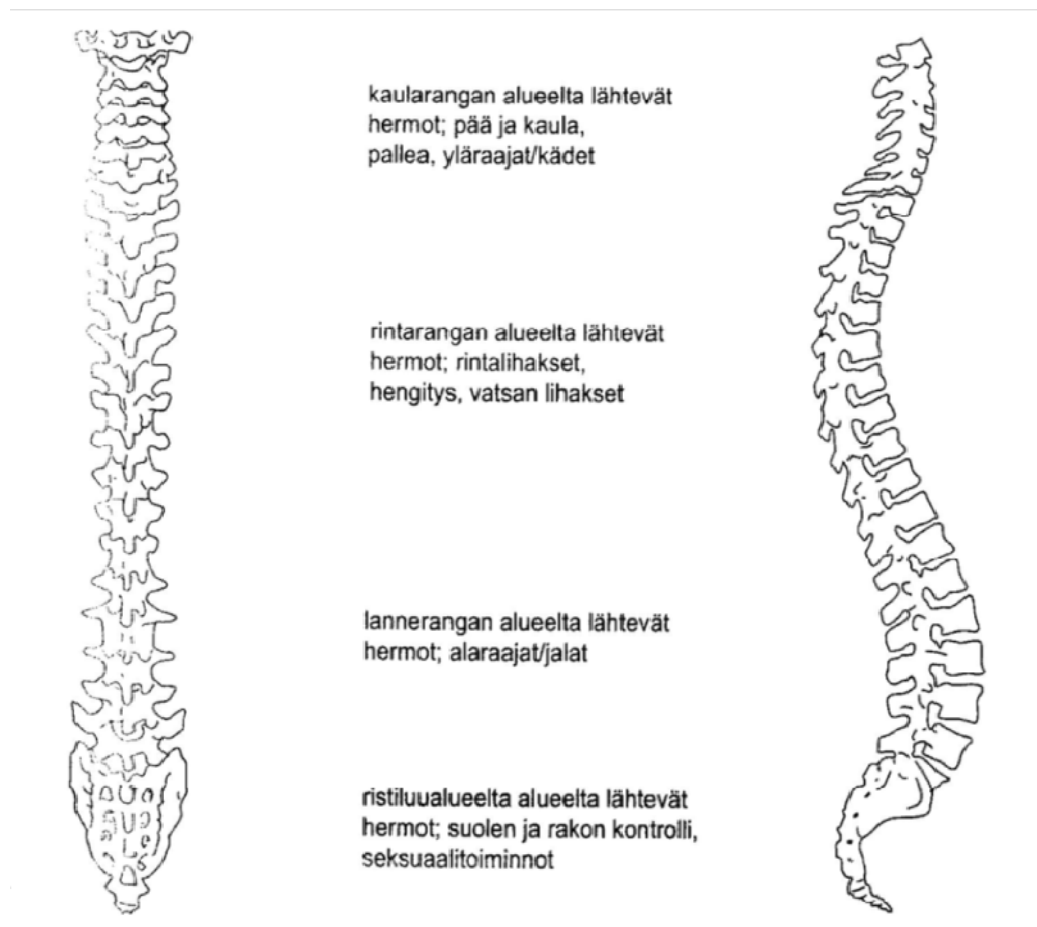
Tässä opinnäytetyössä käsittelemme potilaita, jotka ovat saaneet selkäydinvamman. Potilaalla tarkoitamme potilaslain 2. pykälän 1 kohdan mukaisesti ”terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä” (Paaso 2001; 4,12). Selkäydinvamma on syntynyt äkillisesti vamman tai onnettomuuden seurauksena. Selkäydin sijaitsee selkärangassa, joka muodostuu 32–34 nikamasta. Nikamat jakautuvat seuraavasti: 7 kaula-, 12 rinta-, 5 lanne-, 5 risti- ja 3-5 häntänikamaa. Aikuisella risti- sekä häntänikamat ovat kasvaneet yhteen, joten erillisiä luita ei ole näin paljoa. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björgqvist 2008, 109.)

Nikamassa on solmu, nikamankaari, kaksi poikkihaaraketta, okahaarake sekä neljä nivelhaaraketta. Selkärangankanava muodostuu päällekkäin olevista nikamista. Selkäydin sijaitsee selkärangankanavassa. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 81–82.) Nikamien väleistä lähtee jokaisesta yksi selkäydinhermopari. Selkäydinhermopareja on yhteensä 31 kappaletta ja ne hermotavat kukin tiettyä ihoaluetta. (Nienstedt ym. 2008, 109.)

Hermosto voidaan jakaa kahteen eri osaan sen toiminnallisuuden perusteella. Somaattinen hermosto on tahdonalainen, ja se aiheuttaa poikkijuovaisten lihasten liikettä. Poikkijuovaisia lihaksia ovat esimerkiksi reisilihas, vatsa- ja selkälihakset. Autonominen hermosto on puolestaan tahdosta riippumatonta ja se säätelee muun muassa sydämen sykettä sekä ruuansulatuskanavan toimintoja. Toinen tapa jakaa hermosto kahteen, on niiden anatomian perusteella tapahtuva jako. Aivot ja selkäydin muodostavat keskushermoston. Ääreishermoston puolestaan muodostavat selkäydinhermot ja aivohermot. (Leppäluoto ym. 2008, 112, 392.)

Selkäytimen tehtävänä on koota raajoista ja kehosta tulevaa tietoa sekä välittää saatu tieto edelleen aivoille. Lisäksi selkäydin kuljettaa aivoilta tulevia käskyjä edelleen ääreishermoston osiin ja sieltä lihaksille. Selkäytimen vaurioituessa nämä

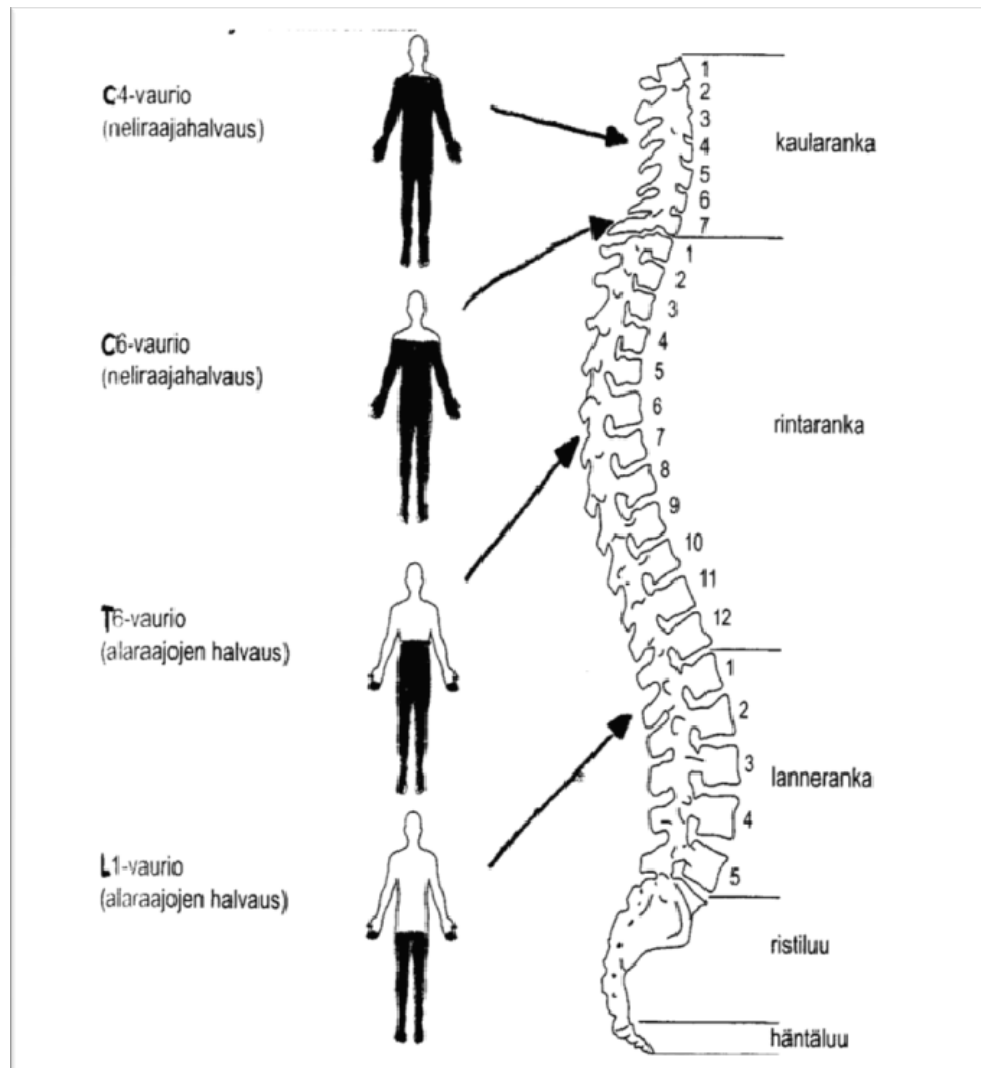
viestireitit katkeavat. Reittien katkeaminen aiheuttaa lihasten halvaantumista sekä tuntoaistin katoamista vammautuneen kohdan alapuolelta. Vammautuminen aiheuttaa usein myös tahdosta riippumattoman hermoston vaurion. Tahdosta riippumaton hermosto säätelee muun muassa sydämen sykettä sekä ruuansulatuskanavan toimintoja. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2004, 269; Leppäluoto ym. 2008, 392.) Kuviossa 1 on kuvattu selkärangan eri osien yhteyttä hermostoon.



KUVIO 1. Selkärangan eri osien yhteys hermostoon (Ahoniemi & Valtonen 2009, 273)

Nikamamurtumat merkitään käyttäen selkärangan osaa kuvaavaa kirjainta sekä roomalaista järjestysnumeroa kuvaamaan nikamaa. Esimerkiksi merkintä ” L II”

tarkoittaa murtumaa toisen lannenikaman kohdalla. (Kirjaimella C tarkoitetaan kaulanikamia ja kirjaimella Th rintanikamia.) Hermovaurio on tämän murtumatason alapuolella. Selkärangan alaosissa oleva vaurio on yleensä ylempää vauriota lievempi. Paraplegialla tarkoitetaan alaraajojen halvausta ja tetraplegialla nelirajahalvausta. (Malm ym. 2004, 269.) Kuviossa 2 on esitetty selkärangan murtumakohdan vaikutus vamman tasoon ja halvauksen laatuun.



KUVIO 2. Selkärangan murtumakohdan vaikutus vamman tasoon ja halvauksen laatuun (Ahoniemi & Valtonen 2009, 273)

2.2 Selkäydinvammapotilaan hoitotyö osastolla

Hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotieteeseen perustuvaa työtä, jota hoitotyöntekijät tekevät. Hoitotyöntekijöitä ovat esimerkiksi sairaan- ja terveydenhoitaja sekä lähihoitajat. (Kassara, Paloposki, Homlia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 10.) Selkäydinvammapotilaiden hoitotyötä toteutetaan Päijät-Hämeessä pääsääntöisesti keskussairaalan kirurgisella osastolla 41 (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2010a). Potilaan hoitopolkuun voivat osaston lisäksi kuulua esimerkiksi heräämö, teho-osasto tai tarkkailu (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001, 19–19). Vaikka potilaita hoidetaan kirurgisella osastolla, ei vammautunutta selkäydintä pystytä kirurgisesti hoitamaan. Kirurgisen hoidon tavoitteena on selkärangan stabilointi, jonka jälkeen kuntoutus voidaan aloittaa. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 327–328.)

Selkäydinvammapotilaiden kuntoutus ja sen jatkosuunnittelu tapahtuvat hoidon alkuvaiheessa osastolla (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2010a). Potilaan hoidossa toteutetaan moniammatillista yhteistyötä (Iivanainen ym. 2005, 19). Moniammatillisessa yhteistyössä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot yhdistyvät laaja-alaiseksi tiedoksi. Yhteistyötä toteutetaan asiakaslähtöisenä, jossa pyrkimyksenä on huomioida potilas mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Isoherranen 2005, 15, 21.) Hoidossa huomioidaan myös potilaan yksilölliset tarpeet. Ohjaaminen ja opettaminen ovat keskeisessä osassa potilaan hoitotyössä. (Iivanainen ym. 2005, 19.)

Potilasta tuetaan ja autetaan alusta alkaen selviytymään päivittäisistä toiminnoista. Yksilöllinen kuntoutusohjaus ja käytössä olevat apuvälineet edistävät potilaan itsenäistä selviytymistä. Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan potilaan terveyden paranemiseen sekä ylläpitämiseen. Kuntoutuksessa otetaan huomioon myös potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Malm ym. 2004, 4, 271.) Jatkokuntoutus on selkäydinvammapotilaiden kohdalla keskitetty Käpylän kuntoutuskeskukseen (Salmenperä ym. 2002, 328).

2.3 Toimintakyky, asento- ja liikehoito, ihonhoito, eritystoiminta ja ravitsemus selkäydinvamman jälkeen

Toimintakyky: Selkäydinvamma vaikuttaa suuresti potilaan elämään ja toimintakykyyn. Akuuttivaiheessa potilaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hoito vaativat aina erikoissairaanhoidoa. Alkuvaiheen hoito ja kuntoutus ovat potilaalle raskasta niin fyysisesti, kuin psyykkisestikin. Liitteessä 2 on kuvattu vaurion tasoa ja hoitotyön auttamismenetelmiä. Selkäydinvammapotilaan hoito ja kuntoutus noudattavat kuntouttavan hoitotyön periaatetta. Potilaan itsenäistä toimintakykyä ja selviytymistä pyritään tukemaan heti hoitajakson alusta lähtien ja hänen itsenäistä selviytymistään edistetään erilaisten apuvälineiden ja kuntoutusohjauksen avulla. (Malm ym. 2004, 271.)

Toimintakykyyn vaikuttaa monet yksilölliset tekijät, kuten ihmisen fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet sekä perintötekijät. Näin ollen jokaisen ihmisen toimintakyky on yksilöllinen. Toimintakyky muuttuu luonnollisesti iän myötä, lisäksi erilaiset vammat ja sairaudet vaikuttavat siihen. Ihmisen omat kokemukset ja suhtautuminen toimintakykyynsä ja sen mahdollisiin muutoksiin vaikuttavat siihen millainen toimintakyky hänellä on. Toimintakyky on myös yksi elämänlaatua määrittävä tekijä. Vammautumisen jälkeen ihmisen täytyy miettiä käsitystään elämänlaadusta uudelleen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 38–39.)

Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen kirjassa (2006) toimintakyky jaetaan karkeasti kolmeen osaan. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Psyykkinen toimintakyky pitää sisällään muistitoiminnot, minäkäsityksen sekä ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan perheen ja ystävien välisiä suhteita ja osallistumista yhteiskunnalliseen toimintaan. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 792.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella useista erilaisista näkökulmista, riippuen siitä mitä arvioinnilla tavoitellaan. Valtakunnalliset terveyden edistämishjelmat, muun muassa Terveys 2015, korostavat ihmisten työ- ja toimintakyvyn merkitystä. Maailmanterveysjärjestö (WHO) puolestaan korostaa toimintakyvyn laaja-alaista kuvaamista ja arviointia. Toimintakyvyn arviointi on tärkeää, jotta pääs-

tään selville potilaan toimintakyvystä. Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan moniammatillista tiimiä, joka toimii yhteistyössä potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Malm ym. 2004, 58.)

Tarkasteltaessa toimintakykyä selviytymisen näkökulmasta, sillä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä hänen päivittäisistä toiminnoistaan. Toimintakyky voidaan myös tarkastella ihmisen perustarpeiden tyydyttymisen näkökulmasta. Tällöin toimintakykyä pidetään itsehoitona, jonka avulla ihminen tyydyttää omat perustarpeensa. Lisäksi toimintakykynä voidaan pitää ihmisen osallistumista ja vaikuttamista omaan elämäänsä sen hetkisillä voimavaroillaan. (Malm ym. 2004, 57.)

Toimintakyky ja kuntoutus kulkevat käsitteinä käsi kädessä. Kuntouttavalla hoitotyöllä pyritään korjaamaan ongelmia ja puutteita, joita toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa. Lähtökohtina kuntouttavaan hoitotyöhön toimivat potilaan omat voimavarat, tavoitteet ja mahdollisuudet. Kuntoutuksen tavoitteet ovat aina yksilölläisiä ja perustuvat potilaan tarpeisiin ja elämäntilanteeseen. Potilaan kuntoutusprosessin aikana potilasta hoitavan moniammatillisen tiimin yhteistyön pitää olla saumatonta ja tiedonkulun toimivaa. Saumaton toiminta varmistaa kuntoutusprosessin katkeamattomuuden. (Talvitie ym. 2006, 45.)

Sairaanhoitaja arvioi työssään potilaan toimintakykyä, opastaa ja ohjaa sekä auttaa ja neuvoo potilasta koko hänen osastojaksonsa ajan. Kuntouttava hoitotyö tapahtuu kuitenkin moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu sairaanhoitajan lisäksi yleisimmin lääkäri, neuropsykologi, psykologi, ravitsemus-, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti sekä sosiaalityöntekijä ja potilaan omainen. Moniammatillisen toiminnan edellytyksenä on, että kuntoutustyöryhmä laatii yhdessä potilaan kanssa kirjallisen kuntoutus- ja hoitotyönsuunnitelman. (Malm ym. 2004, 68.)

Asento- ja liikehoito: Selkäydinvammapotilaan asento- ja liikehoidolla pyritään ehkäisemään virheasentojen muodostumista ja samalla lisäämään raajojen ja nivelten liikkuvuutta. Heti osastolla tapahtuvan hoitojakson alussa fysioterapeutti laatii kuntoutusohjeet, joiden mukaan potilasta kuntoutetaan koko hänen hoitojaksonsa ajan. Asennon vaihdoilla ja passiivisilla liikeharjoituksilla ehkäistään lihas-

jäykkyyttä (spastisuutta) ja nivelten virheasentoja. Samalla asentohoidot ennaltaehkäisevät painehaavojen muodostumista. (Salmenperä ym. 2002, 330–331.)

Asentohoitojen tarkoituksena on edistää erilaisia elintoimintoja, kuten hengitystä ja verenkiertoa sekä ennaltaehkäistä nivelten virheasentoja. Toteutettaessa asento- ja liikehoitoja, on tärkeää saada potilas ymmärtämään niiden merkitys. Näin ollen potilaan on helpompi motivoitua hoitoonsa ja kuntoutumiseensa. Asento- ja liikehoitojen lähtökohtana on potilaan oma toimintakyky ja käytössä olevat apuvälineet. (Iivanainen & Syväoja 2008, 19.)

Ihohoito: Ihon tehtävänä on suojata elimistöä ympäristön kulutukselta. Sairaus ja lääkehoito voivat muuttaa ihon rakennetta ja siksi ihon kunnon seuranta on erityisen tärkeää. (Iivanainen & Syväoja 2008, 480–481.) Selkäytimen vaurioitumisen jälkeen yksi hoidon tärkeimmistä painopisteistä on ihonhoidolla. Hoidon päätavoitteena on ehkäistä painehaavojen muodostumista. Tunnon puute, liikkumattomuus, heikko ravitsemustila, mahdollinen erittien valuminen iholle ja lihasjäykkyys edesauttavat painehaavojen syntymistä. (Salmenperä ym. 2002, 331.)

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai sen alapuoleisen kudoksen paikallista vauriota. Painehaavan sijainnista riippuen, se estää painon asettamisen kyseiselle kohdalle ja näin ollen painehaava on haittana tai pahimmillaan esteenä potilaan kuntoutumiselle. (Soinila, Koste & Somer 2007, 455.) Ihoon kohdistuva paine hankaloittaa ihon verenkiertoa ja näin syntyy hapenpuutetta ihon kudoksiin. Hapenpuute heikentää verenkiertoa, joka altistaa painehaavojen muodostumiselle. (Salmenperä ym. 2002, 331.) Kudokseen syntyy hapenpuutetta 2-6 tunnin yhtäjaksoisen paineen saurauksena. Potilaan istuessa tai maatessa erityisesti luisten ulokkeiden kohdalle syntyy painetta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 521–522.)

Parhaiten painehaavojen muodostumista pystytään ehkäisemään huolellisella ihon hoidolla sekä säännöllisesti tapahtuvilla asentohoidoilla. Ihon tehostettu pesu, huolellinen kuivaus ja riittävä rasvaus ovat keinoja painehaavojen syntymisen ehkäisyyn. Muita keinoja ihon kunnosta huolehtimiseen ovat erikoispatjojen ja -pehmusteiden käyttö. (Salmenperä ym. 2002, 331.) Käypä hoito- suosituksen

(2006) mukaan potilaan patjan ja pyörätuolin istuintyynyn valintaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Potilaan ohjauksella on myös suuri merkitys painehaavojen ehkäisyssä. (Selkäydinvamma 2006.)

Eritystoiminta: Selkäydinvaurion sijainti ja vamman laatu vaikuttavat virtsarakon toiminnan muutoksiin. Kaula- ja rintarangan vaurioissa virtsarakko on yliaktiivinen, kun taas lannerangan vaurioissa virtsarakko veltostuu. Selkäydinvaurion saaneilla ihmisillä virtsatieinfektioiden riski on suuri ja vaurioon liittyvistä jälkioireista virtsatieinfektio on yleisin. (Aho niemi & Valtonen 2009, 274). Urologia-kirjan artikkelissa neurologiset häiriöt, virtsainkontinenssi ja yliaktiivinen virtsarakko kerrotaan, että 80 prosentilla selkäydinvammapotilaista esiintyy virtsaamishäiriöitä (Tammela & Ruutu 2002, 161- 162).

Virtsarakko ja virtsaputki muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jonka tehtävänä on varastoida munuaisten erittämää virtsaa ja tyhjentyä aika-ajoin. Ihmisen hermoratajärjestelmän tehtävänä on säädellä tätä toimintaa. Vaurio missä tahansa hermoradan kohdassa voi aiheuttaa häiriön rakon toiminnassa. Häiriö voi aiheuttaa potilaalla tiheävirtsaaisuutta, pidätyskyvyttömyyttä eli inkontinenssia tai virtsapakko-oireita. Virtsapakko-oireella tarkoitetaan äkillisesti alkavaa voimakasta virtsaamisen tarpeen tunnetta, jolloin potilaalla on pakottava tarve päästä välittömästi wc:hen. (Tammela & Ruutu 2002, 51, 161.)

Urodynaamisilla tutkimuksilla tutkitaan rakon toimintaa ja niiden avulla voidaan kartoittaa potilaalle sopiva rakon tyhjentämistapa selkäydinvamman jälkeen. Urologi vastaa näiden tutkimusten tekemisestä. Tutkimuksiin kuuluu ultraäänitutkimus (UÄ), jolla tarkastellaan munuaisten tilannetta. Virtsamisen jälkeen rakkoon jäänyt virtsamäärä eli residuaali, voidaan mitata kertakatetroinnin tai kaikututkimuksen avulla (Aho niemi & Valtonen 2009, 274). Uroterapeutti Satu Junton luennon mukaan urodynaamisiin tutkimuksiin kuuluvat lisäksi flow-tutkimus, jolla mitataan virtsasuihkun voimakkuutta sekä kystometria-tutkimus, jolla mitataan virtsarakon sisäistä painetta ja tilavuutta. Hänen mukaansa myös laboratoriokokeilla voidaan kontrolloida tilannetta tarvittaessa. (Juntto, 2010.)

Ahoniemen ja Valtosen (2009, 275) mukaan toistokatetrointi on ensisijainen virtsarakon tyhjentämistapa vammautumisen jälkeen. Virtsarakko ei saisi ylitäyttyä ja kertakatetroinnin virtsamäärät eivät saisi ylittää 500 millilitraa. Rakko pystyy venymään tiettyyn rajaan asti ilman, että sen jännitystila muuttuu. Kun rakossa on noin 250 millilitraa virtsaa, alkaa rakonjännitystila kasvaa ja virtsaamistarve herää. Virtsamistarve on voimakas kun rakossa on 400–500 millilitraa virtsaa. Virtsamisen jälkeen rakkoon jää normaalisti vain muutama millilitra jäännösvirtsaa. (Nienstedt ym. 2008, 365.)

Virtsarakon kuntoutuksen tavoitteena on palauttaa rakon toiminta niin normaaliksi kuin mahdollista. Lisäksi tavoitteena on saavuttaa riittävä rakon kapasiteetti ja kontinenssi sekä ehkäistä infektioita. Virtsarakon tyhjentämisessä tärkeintä on, että virtsarakkoon jäävä residuaalivirtsamäärä olisi mahdollisimman pieni. Näin pystytään ehkäisemään virtsarakon- ja munuaisaltaantulehduksia, jotka voivat vaurioittaa munuaisia. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 275.)

Käpylän kuntoutuskeskus Synapsissa toimivan uroterapeutti Juntton mukaan vain oireiset virtsatieinfektiot tulisi hoitaa antibioottikuurilla, näin välttyään turhalta antibioottien käytöltä ja estetään antibiooteille resistenttien bakteerien syntyä. Virtsatieinfektioita voidaan ennaltaehkäistä huolehtimalla hyvästä hygieniasta, juomalla riittävästi nesteitä päivän aikana, riittävällä rakon tyhjentämisellä sekä määrätyn lääkityksen noudattamisella. (Juntto, 2010)

Hoidon alkuvaiheessa potilaalle voidaan laittaa kestopatetri, mutta siitä olisi tarpeellisuuden mukaista luopua heti mahdollisten ortopedisten toimenpiteiden jälkeen. Kestopatetrin avulla mahdollistetaan virtsan ulostulo ja samalla pystytään seuraamaan virtsamääriä. (Salmenperä ym. 2002, 331.) Käypä hoito- suositusten (2006) mukaan kestopatetrin poiston jälkeen rakkoa voidaan tyhjentää toistokatetroinneilla (Selkäydinvamma, 2006). Toistokatetroinnin avulla potilas voi selviytyä paremmin päivittäisistä toiminnoistaan ja hänen elämänlaatunsa voi parantua, kun ei ole jatkuvaa pelkoa virtsankarkaamisesta. Mikäli potilas pystyy itse katetroimaan oman rakkonsa, lisää se myös potilaan omatoimisuutta. (Malm ym. 2004, 271.)

Kaula- ja rintarangan selkädinvaurioissa rakon ja sulkijalihaksen toiminta voi olla epäsuhteessa toisiinsa nähden. Virtsarakon toiminta on tällöin yliaktiivista ja aiheuttaa virtsankarkailua. Oiretta hoidetaan lääkityksen lisäksi toistokatetroinneilla. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 275). Virtsankarkailun apuvälineet tulisi valita aina yksilöllisen tarpeen mukaan. Imuteholtaan eritehoiset virtsankarkailusuojat, suprabubinen eli rakkopistokatetri sekä urinaali ovat hyviä virtsankarkailusuojia. Urinaali on ainoastaan miehille tarkoitettu peniksen päälle laitettava kondomia muistuttava suoja. (Malm ym. 2004, 271.)

Selkäytimen vaurioitumisen jälkeen virtsaamiseen liittyviä yleisimpiä ongelmia ovat virtsarakon tyhjenemishäiriöt ja virtsan tahaton karkailu. Virtsarakon toimintahäiriöiden oireiden lievittämisen ja komplikaatioiden ehkäisemisen apuna käytetään uroterapiaa. Hoidon tavoitteena on saada virtsarakosta kontinentti eli pidätyskykyinen. Lisäksi tavoitteina on saada rakko tyhjenemään mahdollisimman matalapaineisesti ja omatoimisesti. (Valtonen, Purhonen & Airaksinen 2009, 453)

Selkädinvamman taso vaikuttaa siihen, miten virtsarakko tyhjenee vammautumisen jälkeen. Alemmissa eli lannerangan vammoissa potilaalla ilmenee virtsaumpea ja ylivuotoinkontinenssia. Useimmiten potilas ei tunne virtsaamistarvettaan, mutta potilas voi tuntea rakon täyttymisen epäsuorasti. Tällaisia epäsuoria tunteuksia voivat olla päänsärky, hikoilu, sydämen tykytys, vilunväreet ja lisääntynyt spastisuus. (Valtonen ym. 2009, 454)

Selkädinvaurion taso ja laatu määrittävät paksusuolen toiminnan vammautumisen jälkeen. Kaula- ja rintaranganvammoissa paksusuoli toimii reflektonisesti, kun taas lannerangan vammoissa suoli on veltto. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277). Reflektonisella suolella tarkoitetaan paksusuolta, jonka toimintaa ei pystytä tahdonalaisesti säätelemään. Tahdonalaisen säätelyn puuttuminen voi johtaa ummetukseen. Veltolla suolella tarkoitetaan paksusuolta, jossa sulkijalihaksen tonus on alentunut. Tällöin oireena on ulosteinkontinenssi eli pidätyskyvyttömyys. (Valtonen ym. 2009, 456).

Selkäydinvaurion lisäksi myös muut tekijät voivat hankaloittaa suolen toimintaa. Esimerkiksi käytettävät lääkkeet voivat sivuvaikutuksena aiheuttaa ummetusta tai ripulia. Vähäinen liikkuminen, muutokset ruokavaliossa ja elämänrytmissä sekä vähäinen nesteiden ja kuidun saanti vaikuttavat osaltaan paksusuolen toimintaan. (Valtonen ym. 2009, 456.)

Paksusuolen toimintahäiriöt hankaloittavat ja rajoittavat elämää selkäydinvamman jälkeen. Huonosti toimiva suoli vaikuttaa potilaan psykososiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tavoitteena onkin saada suoli mahdollisimman kontinentiksi ja ehkäistä komplikaatioita. Lisäksi hoidon tavoitteena on, että potilas oppisi tyhjentämään suolensa mahdollisimman itsenäisesti. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277.)

Selkäydinvamman jälkeen suolentoiminta hidastuu ja potilaalla voi esiintyä ummetusta. Suolen tyhjeneminen on ongelmallista, sillä potilas ei välttämättä pysty käyttämään vatsalihaksiaan tyhjentääkseen suolta. Ruuansulatuksessa voi myös ilmetä häiriöitä. (Salmenperä ym. 2002, 328.) Käypä hoito- suosituksen mukaan selkäydinvammapotilaiden tyypillisimpiä suolen toiminnassa ilmeneviä ongelmia ovat: ummetus, suolen tyhjennyksen vaikeus, ulosteen pidätuskyvyttömyys, vatsakivut sekä suolikomplikaatiot (Selkäydinvamma 2006).

Suolta voidaan kuntouttaa erilaisia menetelmiä apuna käyttäen. Aluksi on tärkeää kartoittaa potilaan perusasiat liittyen potilaan elämäntapaan, ruokailutottumuksiin, nautintoaineiden käyttöön, käytössä oleviin lääkkeisiin ja perussairauksiin. Paksusuolen kuntoutuksessa tarkoituksena on määrittää potilaalle sopiva vatsantoimitus ajankohta ja vatsantoimitusrytmi sekä pohtia laksatiivien käyttöä ja sormistimulaation tarpeellisuutta. (Ahoniemi & Valtonen 2009, 277.) Tavoitteena on, että paksusuolen kuntoutus aloitetaan heti vammautumisen jälkeen. Kuntoutus jatkuu läpi koko potilaan elämän. (Valtonen ym. 2009, 457.)

Suolen tyhjenemistä voidaan avustaa eri keinoin. Laksatiiveja voidaan käyttää suun kautta nautittuna, peräruiskeena tai suppona. Vesiperäruiske, joka veden avulla pehmentää ja lisää suolen sisältöä, toimii myös apuna suolen tyhjennykses-

sä. Peräsuolen tuseerauksen avulla voidaan yrittää poistaa kovettunutta ulostemassaa. Tuseerauksella tarkoitetaan sormistimulaatiota, jonka avulla pyritään saamaan ulostemassa peräsuolesta ulos. (Iivanainen & Syväoja 2008, 40–41.)

Valtosen ym. (2009) mukaan olisi suositeltavaa tyhjentää suoli joka päivä tai vähintään joka toinen päivä. Suoli tulisi tyhjentää istuma-asennossa wc:ssä. Tyhjentämisen voi aloittaa joko pienoisperäruiskeella tai sormistimulaation avulla. Vatsanpeitteiden hieronta tyhjentämisen aikana auttaa suolen heikentyntä liikehdintää kuljettamaan ulostemassaa eteenpäin suolessa. Selkäydinvaurion ollessa rintatai kaularangan kohdalla suolen tyhjentäminen voidaan aktivoida alkamaan sormistimulaation avulla. Sormen avulla voidaan myös tarkistaa onko suoli tyhjentynyt kunnolla. (Valtonen ym. 2009, 457.)

Ummetus voi aiheuttaa epämiellyttäviä tuntemuksia vatsan alueella, virtsan katkailua ja spastisuutta. Suolen säännöllinen tyhjentäminen, oikean tyhjennystavan käyttäminen, säännölliset elämäntavat ja laksatiivien oikeaoppinen käyttö auttavat ehkäisemään ummetuksen muodostumista. (Valtonen ym. 2009, 457)

Ummetusta voidaan ehkäistä osin ruokavaliolla. Avainasemassa on riittävä päivittäinen kuidunsaanti. Invalidiliiton julkaiseman Selkäydinvamma ja ravitsemus -oppaan mukaan päivittäinen kuidunsaantisuositus on 30–35 grammaa. Kuidut ovat hiilihydraatteja, jotka eivät sula suolistossa ja näin ollen kulkevat liukeneematta ruuansulatuskanavassa. Kuitujen tehtävänä on lisätä ulostemassaa, ulostamiskertoja ja pehmentää yhdessä nesteen kanssa ulosteen koostumusta. Ummetuksen hoidossa tehokkaimmin auttaa selluloosakuitu, jota saadaan muun muassa täysjyväviljavalmistuksista, leseistä ja juureksista. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala- Lahtinen 2006, 259–260). Nesteistä paras on vesi, sillä se ei sisällä turhia kaloreita. Riittävä nesteensaanti auttaa kuitujen imeytymistä sekä osaltaan pehmentää ulostemassaa. (Invalidiliitto 2000, 24, 27).

Ravitsemus: Terveys ja hyvinvointi kertovat riittävästä ravintoaineiden saannista. Ihmisen kehossa tulee olla ravintoaineita varastossa, jotta se selviytyisi mahdollisista sairaus- ja stressitiloista. Proteiinit eli valkuaisaineet, hiilihydraatit, rasvat,

vitamiinit, kivennäisaineet ja vesi ovat näitä elimistön ravintoaineita. (Invalidiliitto 2000, 5.) Ravintoaineita ihmisen keho tarvitsee energian lähteeksi, rakennusaineeksi sekä aineenvaihduntaan (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 199).

Ravinnon tehtävänä elimistössä on tuottaa energiaa, jota keho käyttää hyväkseen kudosten uusiutumisessa ja ylläpitämisessä. Valkuaisaineet, A- ja C- vitamiini ja kivennäisaineista sinkki ja rauta vaikuttavat kudosten uusiutumiseen ja haavojen paranemiseen. Hyvä ravitsemustila ehkäisee osaltaan myös painehaavojen muodostumista. (Invalidiliitto 2000, 22–23.) Vitamiinitaulukossa (Liite 3) on kuvattu vitamiinien merkitystä elimistölle, vitamiinilähteet, erityiset huomiot sekä päivittäiset annosehdotukset. Elimistö saa valkuaisaineita muun muassa lihasta ja palkokasveista. Rautaa saadaan muun muassa lihasta, maksasta ja kalasta ja sinkkiä maitotuotteista sekä viljasta. (Haglund ym. 2006, 48, 83, 86.)

Hyvällä ravitsemuksella pystytään edistämään terveyttä ja ehkäisemään sairastumista (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 10). Suomalaiset ravitsemussuositukset luovat pohjan terveyttä edistävälle ja sairauksia hoitavalle ravitsemusohjaukselle. Ravitsemussuositukset ovat pitkän aikavälin saantisuosituksia. Vaikka suositukset ovat tarkoitettu terveelle, kohtalaisesti liikkuvalla ihmiselle, voidaan niitä kuitenkin käyttää perustana vakavasti sairastuneen tai vammautuneen ihmisen ruokavaliolle. (Invalidiliitto 2000, 7; Haglund ym. 2006, 10.)

Toimintakyvyn muutokset voivat johtaa ravitsemusongelmiin, joiden selvittämiseksi potilas voi tarvita ulkopuolista, esimerkiksi ravitsemusterapeutin apua. Toimintakyvyn muutosten lisäksi käytössä oleva lääkitys, potilaan perus- tai vammaan liittyvät sairaudet ja häiriöt voivat muuttaa potilaan ravinnontarvetta ja elimistön ravinnon hyväksikäyttöä. Vammautuminen voi vaikuttaa potilaan ruuanhankinta-, valmistus- ja syömiskykyyn. Ruuan hankinnassa ja valmistuksessa tärkeitä huomioitavia asioita ovat ruuanvalmistustilan turvallisuus ja esteettömyys. Erilaiset apuvälineet mahdollistavat itsenäisen ja turvallisen ruuanvalmistuksen. Apuvälineiden hyöty, tarve ja käyttömahdollisuudet vaihtelevat kuitenkin yksilöllisesti. Yksilölliset asunnonmuutostyöt helpottavat itsenäistä ja turvallista ruuanvalmistusta. (Invalidiliitto 2000, 5,10.)

2.4 Selkäydinvammapotilas kriisi tilanteessa ja siitä selviytymiseen vaikuttavia tekijöitä

Kriisillä tarkoitetaan elämässä tapahtuvaa suurta muutosta. Muutos aloittaa ihmisen mielessä sopeutumisreaktion ja sopeutuakseen elämänmuutokseen ihminen tarvitsee runsaasti psyykkisiä voimavaroja käyttöönsä. Kriisin aikana ihmisen psyyke venyy äärimmilleen. Aina ihmisen omat voimavarat eivät riitä ja silloin ihminen tarvitsee apua selviytyäkseen kriisistä. (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 9.)

Erilaiset tapaturmat, kuten liikenneonnettomuudet, väkivaltatilanteet ja vammautuminen aiheuttavat ihmiselle traumaattisen kokemuksen ja se aloittaa ihmisessä psyykkisen sopeutumisprosessin. Toisin sanoen tällaiset äkilliset ja ennalta arvaamattomat tilanteet aiheuttavat ihmiselle kriisin. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 540–541; Saari ym. 2009, 11.) Saari kumppaneineen (2009, 11) kutsuu tällaista tilannetta äkilliseksi kriisiksi ja Mustajoki kumppaneineen (2007, 540) traumaattiseksi kriisiksi. Molemmat nimitykset tarkoittavat samaa asiaa. Traumaattista kriisiä käytetään enemmän arkikielessä (Saari ym. 2009, 11).

Traumaattisessa kriisissä käydään läpi neljä vaihetta. Niistä ensimmäinen on sokkivaihe, joka kestää sekunneista muutaman vuorokauteen. Vaiheen tunnusomaisia piirteitä ovat asian kieltäminen sekä epätodellinen olo ja lamaantuminen. Reaktiovaiheessa tunteet purkautuvat voimakkaina kieltämisestä vihaan ja syyllisyydestä asioiden tiedostamiseen sekä tunteettomuuteen. Vaihe on kestoltaan parista viikosta muutamaan kuukauteen. Kolmannessa vaiheessa eli käsittelyvaiheessa tapahtunutta prosessoidaan luopumalla entisestä ja pyritään suuntaamaan ajatukset tulevaisuuteen. Tämä surutyöksiin kutsuttu vaihe voi kestää kuukaudesta vuoteen. Viimeisessä uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtuneen kanssa opitaan elämään. Ajoittain mieleen palautuu muistoja tapahtuneesta. Oleellista on, että muutokset osaa suhteuttaa osaksi elämää ja tulevaisuutta ajatellessa löytää positiivisia asioita. Tämä prosessin vaihe kestää vuosia. (Mustajoki ym. 2007, 541–542).

Kriisin vaiheiden kestot sekä kokemistavat vaihtelevat ihmisten yksilöllisten erojen mukaan. Niihin vaikuttavat myös aikaisemmat kokemukset sekä kyky tarkas-

tella ja läpikäydä erilaisia traumaattisia tapahtumia. Oleellista traumaattisten asioiden käsittelyssä on, että osaa kohdata vastoinikäymisiä, tiedostaa niiden aiheuttamat reaktiot sekä käydä läpi heränneet tunteet ja mietteet.

(Saari 2007, 41, 69.)

Ihmisen persoonallisuus muovautuu aikaisempien tapahtumien kautta. Psykkiset voimavarat vaikuttavat osaltaan siihen, miten ihminen reagoi ja käsittelee kokemustaan. Kokemusten myötä ihmisen psyykkiset voimavarat vahvistuvat. (Saari ym. 2009, 51–52.) Yksittäisistä persoonallisuuden piirteistä itseluottamus ja -arvostus auttavat meitä valamaan uskoa itseemme ja kohtaamme vastoinikäymiset haasteina. Heikko itseluottamus sitä vastoin saa meidät luovuttamaan herkemmin ja tuntemaan olomme voimattomiksi. (Saari 2007, 70.)

Saaren (2007, 70) mukaan sukupuolella on vain pieni vaikutus traumaattisten asioiden käsittelyssä. Naiset purkavat oloaan puhumalla, kun taas miehet pohtivat itsekseen ja purkavat olonsa toiminnaksi. Tutkimustuloksiin vedoten Saari kumppaneineen (2009, 52–53) kirjoittaa sukupuolella olevan selkeä ero traumaattisten asioiden käsittelyssä. Heidän mukaan naiset reagoivat miehiä voimakkaammin ensimmäisten kuukausien aikana tapahtuneen jälkeen. Miehillä trauma taas aiheuttaa enemmän pitkäaikaista oireilua kuin naisille. Näyttää siltä, että naiset kykenevät käsittelemään tuntemuksiaan tehokkaammin kuin miehet.

Traumaattisesta tapahtumasta selviäminen edellyttää muutosten ja rajoitusten hyväksymistä sekä uusien tietojen valintojen tekemistä arkielämässä. Trauman kokenut ei selviä siitä yksin vaan tarvitsee avukseen tukea. (Kiiltomäki & Muma 2007, 57–58.) Tutkimustulosten mukaan traumaattisten asioiden käsittely on henkisesti rasittava ja aikaa vievä prosessi, josta selviytyminen vaatii useita tukijoita (Saari 2007, 70–71).

2.5 Selkäydinvammapotilaan ja hänen perheensä kriisin huomioiminen sairaanhoidajan näkökulmasta

Sairaanhoitajan tulee luoda muutokselle myönteinen ilmapiiri, tukea potilasta muutosprosessin aikana sekä tukea potilasta ylläpitämään tehtyjä muutoksia (Pender, Murdaugh & Parsons 2006, 37). Positiivinen ilmapiiri edesauttaa sairaanhoitajaa luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen trauman kokeneen kanssa. Tämä auttaa trauman kokenutta puhumaan sekä kokemuksestaan että tunteistaan. Sairaanhoitajan tulee myös edistää potilaan ja perheen välistä vuorovaikutusta, jotta perhe pystyy tukemaan vammautunutta parhaalla mahdollisella tavalla. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 283.)

Potilaan lisäksi myös perhe tarvitsee tukea ja apua sopeutuakseen uuteen tilanteeseen ja sen aiheuttamiin loppu elämää koskeviin muutoksiin (Kristoffersen ym. 2006, 283). Perheen yleisimpiä tuntemuksia ovat huoli ja pelko. Tuntemukset voivat olla myös fyysisiä ja psyykkisiä, kuten väsymystä, päänsärkyä, ahdistusta, itkuisuusta ja ruokahaluttomuutta. Alkuvaiheessa oireet voivat muistuttaa hyvinkin läheisesti sokin oireita. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 322–323.)

Perheen huomioiminen edellyttää sitä, että perhe on fyysisesti paikalla sairaalassa, jotta voidaan tutustua potilaan ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin ja taustoihin (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 322). Tukemalla perhettä tuetaan samalla epäsuorasti potilasta (Kristoffersen ym. 2006, 317). Tuella tarkoitetaan sekä perheen saamaa että sen antamaa tukea. Tuen avulla perhe selviytyy arjesta. (Kaunonen 2000, 51.)

Perheen tärkein määrittäjä on potilas itse ja siksi onkin tärkeää kysyä potilaalta itseltään, kenet hän kokee perheensä jäseneksi. Nykypäivänä perinteinen määritelmä perheestä, joka muodostuu ihmisistä, jotka liittyvät toisiinsa avioliiton, veren tai adoption kautta ja asuvat samassa taloudessa, ei riitä kattamaan muuttuneita perherakenteita. Uudemman määritelmän mukaisesti perheellä voidaan tarkoittaa kahta tai useampaa ihmistä, jotka liittyvät toisiinsa vahvalla tunnesiteellä ja tuntevat olevansa osa perhettä. Tällainen määritelmä kattaa uusimmatkin perhemuodot perinteisestä ydinperheestä yksinhuoltajaperheisiin ja homoliittoihin. (Friedman, Bowden & Jones 2003, 9–10.)

Sairaanhoitaja seuraa tapaturman kokeneiden hyvinvointia läheltä. Hoitajan tulee tunnistaa raja, milloin hänen oma osaamisensa loppuu ja auttamiseen tarvitaan erikoisosaamista. Konsultoitavia erityisosaajia ovat esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja sairaalapastori (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2009; Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2010b). Potilasiamies auttaa potilasta ja hänen perhettään hoitoon ja kohteluun liittyvissä asioissa (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2008). Tärkeää on myös se, että sairaanhoitaja pystyy tunnistamaan kriisin oireet ja osaa rohkeasti kysyä itse traumaattisesta tapahtumasta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 23–26.) Useassa teoksessa painotetaan sitä miten tärkeää on, että sairaanhoitaja kuuntelee ja on läsnä (Kiiltomäki & Muma 2007, 26; Saari ym. 2009, 28).

Tärkeimpinä tukikeinoina pidetään kuuntelua ja läsnä oloa. Ne luovat välittämisen ja turvallisuuden tunnetta. Auttaessaan auttajan täytyy varoa, että ei itse ala liian tunteelliseksi tai mene liian syvälle autettavan tuntemuksiin. Keskusteltaessa tulee pyrkiä luomaan toivoa tulevaan ja rohkaista ammattiavun hakemiseen sitä tarvittaessa. Apu voi myös olla konkreettisissa arkisissa asioissa auttamista. Tukijan tulee auttaessaan muistaa kysyä autettavalta, miten tämä haluaa itseään autettavan. Tärkeää on saada autettavalle tunne siitä, että hän on tärkeä ja hänestä välitetään. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2007, 43; Saari ym. 2009, 52.)

Erilaiset vapaaehtoisjärjestöt ja seurat tarjoavat monenlaista apua sekä tapaturman kokeneelle että hänen perheelleen. Auttajan voi kohdata kasvotusten, puhelimen välityksellä tai internetissä. Suomen Mielenterveysseura esimerkiksi ylläpitää kriisikeskuksia, valtakunnallista tukipuhelinta ja www.tukinet.net - verkkopalvelua. (Heiskanen ym. 2007, 43–46.)

3 SELKÄYDINVAMMAPOTILAAN OHJAUS JA NEUVONTA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Selkäydinvammapotilaan ohjauksen ja neuvonnan lähtökohdat hoitotyössä

Potilaan ohjaus ja neuvonta kuuluvat oleellisena osana sairaanhoitajan työhön. Hoitoaikojen lyhentyminen, itsehoidon korostuminen sekä potilaan tiedon tason lisääntyminen ovat vaikuttaneet ohjauksen ja neuvonnan merkityksen lisääntymiseen. Hoitotyössä ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan potilaan tarpeista lähtevää kirjallista, suullista ja toiminnallista tiedon jakamista (Iivanainen ym. 2005, 71–72.)

Ohjauksen ja neuvonnan tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa omasta terveydentilasta, sairaudesta, hoidosta sekä kuntoutuksesta. Tieto edistää potilaan hoitoon osallistumista. (Iivanainen ym. 2005, 71–72.) Potilaan oikeus saada tietoa hoidostaan on määritelty lainsäädännössä. Keskeisin säädös on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lain toisessa luvussa on määritelty potilaan oikeudet, joita ovat muun muassa oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun (3§), tiedonsaantioikeus (5§), potilaan itsemääräämisoikeus (6§) sekä tiedonsaantioikeus ja toimivalta (9§). Kolmannen luvun 11§:ssä määritellään potilasasiamiehen tehtävät ja hänen asemansa potilaan oikeuksien tiedottajana. Lain neljäs luku koskee potilasasiakirjoja, niiden sisältöä ja säilytystä. (Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Hoitotyössä ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta sekä kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjausta tulee antaa kaikissa hoidon vaiheissa, jotta potilas pystyy tunnistamaan omia mahdollisuuksiaan. Sairaanhoitajan tulee tukea potilasta päätöksenteossa ja pyrkiä olemaan antamatta hänelle valmiita ratkaisuja. Potilaan tulee itse olla aktiivinen ongelman ratkaisija. (Kynäs ym. 2007, 25) Ihanne tilanteessa potilas ja sairaanhoitaja voivat yhdessä keskustella asioista ja tehdä niiden pohjalta päätöksiä (Iivanainen ym. 2005, 71–72).

Ohjaus sisältää tiedollista, emotionaalista sekä konkreettista tukea. Laadukas potilaan ohjaaminen sisältää kaikki nämä tuen muodot. Tiedollisella tuella tarkoitetaan potilaalle kerrottua tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tiedon antamisen tulee olla ymmärrettävää ja selkeää, jotta potilas pystyy asian sisäistämään. Itsensä hoitamisen valmiudet kuuluvat osana tiedolliseen tukeen. Tunteisiin liittyvät asiat kuuluvat emotionaaliseen tukeen. Konkreettinen tuki tarkoittaa asiakkaan

hoitoon sitoutumisen edistämistä muun muassa apuvälinein. Konkreettisen tuen antamiseen osallistuu sairaanhoitajan lisäksi myös muita, esimerkiksi sosiaalityöntekijä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76.)

Hoitotyössä ja potilaan ohjaamisessa sairaanhoitajaa ohjaavat eettiset ohjeet. Käsite etiikka tulee kreikan kielen sanasta *ethos*, mikä tarkoittaa tapaa tai tottumusta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 9–10). Eettiset näkemykset, arvot ja periaatteet sekä teoriat ovat hoitotyön etiikassa samoja kuin yleisessä etiikassakin. Hoitoetiikan tarkoituksena on tutkia hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää hoitotyössä. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 12.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden tarkoitus on muun muassa tukea hoitajaa päätöksenteossa. Ohjeissa ilmenee sairaanhoitajan perustehtävä sekä hänen työnsä periaatteet. Sairaanhoitajan perustehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja huolehtii kaikenikäisistä ja eri elämäntilanteissa olevista ihmisistä. Sairaanhoitaja työskentelee yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa. (Sairaanhoitaja liitto; sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Sairaanhoitajan tulee työssään kunnioittaa potilaan arvoja ja periaatteita sekä kohdella jokaista potilasta tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja annettava hänelle mahdollisuus sairautta koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitajan on luotava potilaaseen hyvä hoitosuhde, joka muodostuu luottamuksellisuudesta ja vuorovaikutuksesta. Vaitiolovelvollisuus koskee kaikkia hoitotyöntekijöitä. Hoitaja huomioi työssään myös potilaan perheen sekä muut läheiset ja antaa heille mahdollisuuden osallistua potilaan hoitoon. (Sairaanhoitaja liitto; sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

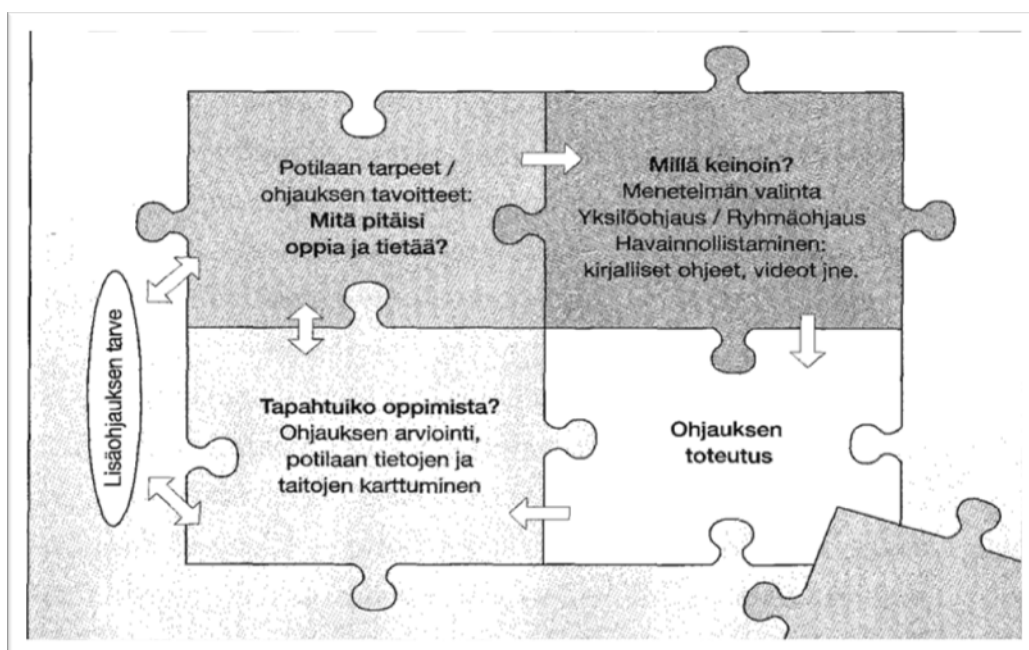
3.2 Sairaanhoitajan rooli potilaan ohjauksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa

Torkkolan ym. (2002, 27–29) mukaan potilasohjausta voidaan tarkastella osina (KUVIO 3). Jokaisen osan tulee toteutua, jotta ohjaus on onnistunut. Osat koostu-

vat potilaan tarpeista ja ohjauksen tavoitteista sekä ohjauksen suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista.

KUVIO 3. Torkkolan malli potilasohjauksesta. (Torkkola ym. 2002)

Potilaan sairastuessa hänelle annetaan tietoa eri asiantuntijoiden taholta. Saira-



hoitaja työskentelee potilaan kanssa ajallisesti eniten, joten hänellä on kokonaisvastuu potilasohjauksen toteuttamisesta. (Torkkola ym. 2002, 26.) Ohjauksen tarve voi liittyä elämäntilanteen muuttumiseen. Sairaanhoidajan tulee arvioida yhdessä potilaan kanssa ohjauksen tarpeesta. Hoidajan on selvittettävä potilaan sen hetkinen tilanne, jotta ohjaus vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita. (Kyngäs ym. 2007, 26–27).

Ohjaustilanteen tulee olla tasavertainen potilaan ja sairaanhoitajan kesken. Sairaanhoidaja havainnoi ja kuuntelee potilasta. Ilmeiden ja eleiden perusteella hoitaja saa tietoa potilaan psyykkisestä tilasta. Potilaan jännittyneisyys ja ahdistuneisuus voivat olla esteenä ohjeiden omaksumiselle. Potilas voi kokea myös sairauteensa liittyvien asioiden ohjaamisen ahdistavana. Sairaanhoidaja voi omalla läsnäolollaan antaa potilaalle hänen tarvitsemaansa psyykkistä ja sosiaalista tukea.

Ohjaustilanteeseen vaikuttaa myös sairaanhoitajan käyttäytyminen ja sanaton viestintä. Ohjaus epäonnistuu, jos hoitaja ei ota potilasta huomioon. (Torkkola ym. 2002, 26–27.)

Tavoitteiden asettamisen jälkeen on mietittävä millä keinoin potilas omaksuu opittavan asian, eli mikä ohjausmenetelmä soveltuu tilanteeseen parhaiten (Torkkola ym. 2002, 28). Sairaanhoitaja kertoo potilaalle erilaisista ohjauksen vaihtoehtoista, joista potilas valitsee itselleen parhaimman tavan uuden tiedon oppimiseen. Sairauden mukanaan tuomat oppimiseen vaikuttavat tekijät otetaan huomioon. (Kyngäs ym. 2007, 34.)

Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa se, miten potilas omaksuu tietoa sekä mitkä tavoitteet ohjaukselle asetetaan. Arvioiden mukaan potilaat muistavat 75 % näkemästään ja 10 % siitä, mitä ovat kuulleet. Mikäli ohjauksessa yhdistyy näkö- ja kuuloaistin käyttö, prosenttiosuus nousee 90:een. Ohjausmenetelmiä tulee näiden arvioiden mukaan käyttää useampia tulosten varmistamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilaan omaksumistavan tunnistaminen on osa ohjauksen suunnittelua. Potilaat muistavat ja ilmaisevat asioita eri tavoin. Toiset pystyvät ilmaisemaan asioita kielellisesti, kun taas toiset sanattomasti. Potilaat voivat myös hahmottaa asioita paremmin silloin, kun ne ovat visuaalisessa muodossa. Hoitajan tulee tukea kutakin omaksumistapaa. Asioiden kertaaminen on tärkeää, koska potilaan muistaminen ja tiedon vastaanottamiskyky ovat rajallisia. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Yksilöohjaus. Vuorovaikutus on ohjaamisen kulmakivi, joten yksilöohjaus toteutetaan yleensä suullisesti. Potilas voi kysyä hoitajalta asioista, jotta väärinymmärryksiä ei pääsisi syntymään. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska siinä tulevat esiin potilaan yksilölliset tarpeet ja potilas saa hoitajalta tukea aktiivisuuteen sekä motivaatioon. Suullista ohjausta voidaan tukea erilaisin materiaalein. Oppimisen kannalta yksilöohjaus on varsin tehokasta. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kääriäisen (2007, 81) tekemän tutkimuksen mukaan 91 % potilaista koki suullisen ja yksilöllisen ohjauksen hyvänä.

Ryhmäohjaus. Ryhmäohjausta käytetään käytännön hoitotyössä tiettyä tautia sairastaville tai jonkin muun syyn takia. Esimerkiksi lääkehoidosta voidaan antaa ryhmäohjausta reumaa sairastaville, vaikka heidän diagnoosinsa olisivat erilaiset, kaikki kuitenkin käyttävät samaa lääkettä sen hoidossa. Potilaan yksilölliset tarpeet jäävät vähemmälle huomiolle ryhmäohjauksessa, eikä tavoitteita voida asettaa kovin yksilöllisesti. Ryhmäohjauksen hyvänä puolena on potilaiden saama vertaistuki toisiltaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 111–112.) Riikolan (2005, 53) Pro gradu- tutkielmassa 40 % hoitajista koki hallitsevansa ryhmäohjauksen hyvin. Toisaalta taas 20 % ei ollut käyttänyt ryhmäohjausta ohjausmenetelmänä.

Kyngäksen ym. (2007, 45) mukaan ohjauksen arviointi on onnistuneen ohjauksen kannalta tärkeää. Selkeät ohjaukselle asetetut tavoitteet helpottavat arviointia. Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki (2009, 246) vuorostaan korostavat sairaanhoitajan suullisesti antaman palautteen merkitystä potilaan pyrkiessä muutokseen. Palautteen avulla potilas motivoituu ja saa voimia sekä uskoo muutoksen mahdollisuuteen. Sairaanhoitajan on autettava potilasta huomaamaan miten tärkeää pienetkin edistysaskeleet ovat. Riikolan (2005, 53) tekemässä Pro gradu- tutkielmassa Kuntoutujan ohjauksesta ilmenee, että 48 % hoitajista piti ohjauksen arviointitaitoaan tyydyttävänä.

Negatiivisen palautteen antaminen on usein vaikeaa. Palautteen antaminen on hyvä aloittaa muutamalla positiivisella asialla ja tämän jälkeen annetaan kehittämistä vaativa palaute. Lopuksi palaute kootaan yhteen ja potilaalle kerrotaan jokin kannustava kommentti, jonka avulla potilaalle jää positiivinen mielikuva palautteesta. (Laine ym. 2009, 246–247.) Tavoitteiden saavuttamisen lisäksi tulee arvioida myös itse ohjausta. Sairaanhoitaja tukee potilasta pohtimaan ohjauksen onnistumiseen tai epäonnistumiseen johtavia syitä. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

3.3 Ohjauksen esteet ja mahdollisuudet hoitajan ja potilaan näkökulmasta

Torkkolan ym. (2002, 29) mukaan suullisesti annetun ohjauksen haittana on asioiden unohtaminen. Ohjauksessa tulee esille paljon tietoa, joka estää olennaisten

asioiden mieleen painamisen. Suullisen ohjauksen lisäksi kirjallinen materiaali on hyvä olla tukemassa ohjausta. Potilas tutustuu kirjalliseen materiaaliin hänelle sopivana ajankohtana. Suullisesti annettu ohjaus ei saa olla kirjallisesta materiaalista poikkeavaa. Ohjauksen tulee myös olla samansuuntaista eri asiantuntijoiden välillä. Kirjallisista ohjeista hyötyvät myös potilaan omaiset.

Torkkola ym. (2002, 28) korostaa sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutussuhteen tärkeyttä ohjaustilanteissa. Kun potilas saa tietää vakavasta sairaudesta, on sairaanhoitajan kyettävä aistimaan ja havainnoimaan potilaan kokemat tunnetilat ja edettävä ohjauksessa potilaan ehdoilla. Kyngäs ym. (2007, 38–39) kookekin, että sanattoman vuorovaikutuksen osuus viestinnässä on yli puolet.

Ohjauksen paikka ja aika tulee valita tarkoin. Ympärillä oleva melu tai vähän ennen kotiutumista annettu ohjaus voi estää ohjauksen onnistumisen. Ohjaustilanteen yksityisyys tulee ottaa huomioon paikkaa valittaessa. (Torkkola ym. 2002, 30–31.) Kyngäksen ym. (2007, 37) mukaan potilas aistii sairaanhoitajan kiireen ja se heikentää vuorovaikutuksen laatua. Potilaan läpikäymä kriisi vaikeuttaa osaltaan uuden oppimista (Torkkola ym. 2002, 31).

3.4 Kirjalliset ohjeet ohjauksen tukena

Potilasoppaan tarkoituksena on palvella potilasta ja hoitohenkilökuntaa. Hyvän oppaan tulee olla mahdollisimman kattava ja sen sisällön tulee vastata käytännön tarpeita. Hyvä potilasopas on yleiskielellä kirjoitettu ja selkeä. Sen tehtävänä on lisätä potilaan kiinnostusta omaa terveyttään koskevaa hoitoa kohtaan. (Kouranen, Kemppi & Pulkkinen 2007, 3.)

Kirjallinen materiaali muodostuu tekstistä, joka on oppaan tai ohjeen muodossa. Kirjallisen materiaalin sivumäärät vaihtelevat yhdestä sivusta muutamien sivujen mittaisiin oppaisiin. Potilaat kokevat, että suullisten ohjeiden lisäksi kirjallinen materiaali on hoitoon liittyvien asioiden kannalta hyvä olla olemassa. Potilaat voivat tukeutua kirjallisiin ohjeisiin ja tarkastella niistä tietoa itsenäisesti. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallisella materiaalilla potilaalle annetaan tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Kirjallisen materiaalin tulee tukea ohjauskeskustelussa käytyjä asioita, eikä sitä tule antaa pelkästään sen saatavuuden vuoksi (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kääriäisen (2007, 81) tutkimuksessa Potilasohjauksen laadusta ilmeni, että 32 % potilaista ei saanut kirjallista materiaalia ollenkaan. Torkkolan ym. (2002, 32) mukaan ohjauksessa on huomioitava, että kirjalliset ohjeet eivät anna vastauksia kaikkiin potilaan kysymyksiin. Kirjallisia ohjeita täydennetään vastaamaan potilaan tarpeita.

Potilasohjeen kirjoittamista helpottaa valmiiksi mietitty kirjoitus tapa ja tyyli. Yhtenäinen kieliasu helpottaa ohjeen ymmärrettävyyttä ja näin ollen potilas saa tarvitsemaansa tietoa terveyttään koskevista asioista. (Torkkola ym. 2002, 34–35.) Ymmärrettävä potilasohje syntyy selkeää yleiskieltä käyttämällä. Ymmärrettävyyteen vaikuttavat myös asioiden looginen esitysjärjestys sekä kappalejako. Kirjoittajan tulee miettiä tekstiä kirjoittaessaan millaista tietoa antaisi potilaalle suullisesti? Mitä potilas mahdollisesti kysyisi tiedonsaannin jälkeen? Näin tekstistä muodostuu entistä kattavampaa. (Torkkola ym. 2002, 42–43.)

Potilasohjeen sisältö muodostuu käytännön tarpeista ja potilaan tarvitsemasta tiedosta. Potilasohjeen kirjoittamisprosessin tulisi alkaa pohdinnalla, kenelle potilasohje on tarkoitettu? Hyvän potilasohjeen tarkoituksena on puhutella potilasta. Kirjoitusprosessin alkuvaiheessa on myös hyvä päättää potilaan puhuttelutavasta. Aluksi on mietittävä teititelläänkö vai sinutellaanko potilasta vai käytetäänkö epämääräisempää passiivi muotoa. (Torkkola ym. 2002, 35–38.)

Hyvässä potilasohjeessa tärkein tieto kirjoitetaan kappaleen alkuun. Näin tieto välittyy lukijalle, vaikkei hän lukisikaan kappaletta loppuun asti. Samalla lukijalle välittyy kuva siitä, että kirjoittaja arvostaa lukijaa. Hyvän potilasohjeen kirjoittajan tulee keskittää huomionsa teksti otsikointiin. Otsikoiden tulee vastata kappaleen sisältöä ja herättää lukijan mielenkiinto tekstiä kohtaan. Väliotsikoiden käyttö selkeyttää tekstiä ja jakaa sen opienempiin osioihin. Mielenkiintoa herättävät väliotsikot auttavat lukijaa lukemaan tekstin loppuun. (Torkkola ym. 2002, 39–40.)

4 HANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Hankkeistetun opinnäytetyömme tarkoitus on tehdä selkäydinvammaapotilaalle tuoretta ja tutkittua tietoa sisältävä opas. Oppaan tarkoitus on auttaa potilasta sisäistämään hoitohenkilökunnan antama suullinen tieto. Potilaan lisäksi tarkoituksena on huomioida hänen perheensä tiedon saanti sekä psyykkinen jaksaminen.

Hankkeen tavoitteiksi muodostuivat seuraavat kokonaisuudet:

- Hankkeen päätavoitteena on tuottaa selkäydinvammaapotilaalle opas, minkä teksti on ymmärrettävää, selkeää ja helppolukuista.
- Tavoitteena on tuottaa opas, missä huomioidaan osasto 41:llä potilaan hoitotyössä esille tulleita tarpeita, joita ovat ihonhoito, erittäminen, ravitsemus ja psyykkinen jaksaminen.
- Tavoitteena on myös kehittää selkäydinvammaapotilaan hoitotyötä tekemällä opas, mikä tukee osasto 41:n hoitohenkilökuntaa potilaan suullisessa ohjauksessa.
- Lisäksi tavoitteena on, että opas julkaistaan Intranetissä, mistä se on helposti hoitajien saatavilla ja tiedon päivittäminen on vaivatonta.

5 HANKKEEN HYÖDYNsAAJAT, YHTEISTYÖTAHOT JA BUDJETTI

Hankkeen tuotoksena syntyvästä oppaasta hyötyvät selkäydinvammaapotilaat ja heidän perheensä. Kirjallinen tieto auttaa potilasta ja hänen perhettään sisäistämään osaston hoitohenkilökunnan antaman suullisen tiedon (Torkkola ym. 2002, 29). Lisäksi osaston hoitohenkilökunta saa oppaasta tukea potilaan ohjaamiseen.

Hankkeen tekijöinä laajennamme tietojamme selkäydinvammasta ja siihen liittyvistä arjen muutoksista. Iivanainen ym. (2005, 71–72) korostaa ohjaamisen osaamisen tärkeyttä sairaanhoitajan ammatissa. Tulevaisuudessa voimme sairaanhoitajina hyödyntää ohjaamisesta saamaamme tietoa hoitotyössä.

Hankkeemme yhteistyökumppani on Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 41. Osastolla hoidetaan muun muassa Päijät-Hämeen alueen selkäydinvammapotilaita. Siellä työskentelee sairaanhoitajia, joiden erityisosaamisalueeseen kuuluu selkäydinvammapotilaan hoitotyö.

Opinnäytetyöprosessin alussa olimme yhteydessä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskuksen ylihoitajaan, jonka mukaan oppaan tekeminen selkäydinvammapotilaalle on tärkeä hanke. Käpylän kuntoutuskeskuksella ei ollut tarvittavia resursseja hankkeen toteuttamiseen kanssamme. Olimme yhteydessä myös Päijät-Hämeen keskussairaalan kuntoutusohjaajaan. Kuntoutusohjaajan mielestä Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 41 olisi sopiva yhteistyökumppani hankkeellemme.

Hankkeistetun opinnäytetyön tekijöinä maksamme Lahden ammattikorkeakoulun säädösten mukaisen maksun opinnäytetyön julkaisemisesta. Muita kuluja hankkeeseen liittyen ei ole. Hankkeen tuotoksena syntyvä opas julkaistaan Päijät-Hämeen keskussairaalan sisäisessä verkkopalvelussa, Intranetissä. Yhteistyökumppanillemme kirurgian osasto 41:lle koituu kuluja vain oppaan tulostamisesta.

6 HANKKEEN AIKATAULU, SUUNNITTELU JA TOTEUTUMINEN

6.1 Hankkeen aikataulu

Ilmoittauduimme opinnäytetyöprosessiin vuoden 2009 keväällä. Mielessämme oli idea oppaan tekemisestä selkäydinvammapotilaalle. Aloimme etsiä yhteistyötahoa työllemme. Kevään 2009 aikana emme löytäneet yhteistyötahoa ja jatkoimme etsintää kesän tauon jälkeen syyskuussa 2009. Tällöin olimme ensimmäistä kertaa yhteydessä Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:n osastonhoitajaan. Aiheemme kiinnosti osastonhoitajaa ja aloimme etsiä tietoa aiheesta.

Vuoden 2010 tammikuuhun asti etsimme tutkittua tietoa aiheesta, jonka jälkeen aloitimme varsinaisen kirjoitusprosessin. Tammikuun 21. päivä pidimme opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin. Helmikuussa 2010 allekirjoitimme hankkeistetun opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen (Liite 4) ja toimitimme tutkimuslupa hakemuksen (Liite 5) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle hyväksyttäväksi.

Maaliskuussa muokkasimme hankkeen teoriaosuutta sekä kokosimme oppaan ja veimme sen Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:lle arvioitavaksi. Osastolta saamamme kirjallisen palautteen mukaisesti muokkasimme oppaan sisältöä ja luettavuutta. Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitoksen opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti palautimme työmme luettavaksi ohjaavalle opettajalle, vertaisarvioijille ja ulkopuoliselle tarkastajalle ennen julkaisuseminaria. Julkaisuseminaarin pidimme 8. huhtikuuta 2010.

6.2 Hankkeen ja oppaan suunnittelu

Opinnäytetyön suunnitteluprosessin alussa miettimämme hankkeen runko sisälsi tietoa selkäydinvammasta, selkäydinvammapotilaan hoitoketjusta ja vamman seurauksista. Vamman seurauksista ajattelimme käsitellä seuraavia aiheita: liikkuminen/spastisuus, kipu, eritystoiminta, iho-ongelmat, seksuaalisuus ja osteoporoosi. Seuraavaan runko hahmotelmaan tulivat mukaan potilaan ohjaaminen ja opettaminen, kriisin näkökulma sekä selkäydinvammapotilaan hoitotyö osastolla.

Alkuvaiheessa suunnittelimme oppaan sisältävän tietoa selkäydinvammasta, selkäydinvammapotilaan hoitopolusta ja vamman seurauksista hankkeen rungon mukaisesti. Vamman seurauksia ei rajattu tässä vaiheessa tarkasti. Halusimme saada osaston näkökulman asiaan, joten sovimme tapaamisen kirurgian osasto 41:lle.

Haastattelimme apulaisosastonhoitajaa sekä selkäydinvammapotilaan hoitotyöhön perehtynyttä sairaanhoitajaa teemahaastattelun periaatetta soveltaen. Haastattelu

toteutui yhteishaastatteluna tammikuussa 2010 ja sen toteuttivat kaksi opinnäytetyön tekijää. Teemahaastattelussa käytetään apuna lomakkeen- tai avoimen haastattelun muotoja. Haastattelussa on aihepiiri tiedossa, mutta kysymykset eivät ole tarkkoja ja niiden järjestys voi muuttua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.)

Ennen haastattelua olimme miettineet kysymykset valmiiksi. Kysymykset muotoituivat seuraaviksi: Minkälaista materiaalia osastolla on jo käytössä selkäydinvammapotilaalle, mitkä asiat korostuvat selkäydinvammapotilaan hoitotyössä, minkälaiselle oppaalle olisi osastolla käyttöä ja mitä asioita tulee huomioida selkäydinvammapotilaan hoitotyössä sairaanhoitajan näkökulmasta.

Haastattelun aluksi esittelimme osastonhoitajalle ja sairaanhoitajalle aiheemme sekä alustavan oppaan rungon. Haastattelun aikana kävi ilmi, että osastolla on käytössään vähän selkäydinvammapotilaalle jaettavaa kirjallista materiaalia. He kertoivat, että itse selkäydinvammasta kertovaa potilaalle jaettavaa kirjallista materiaalia ei ole osastolla käytössä ollenkaan. Haastateltavat olivat kiinnostuneita aiheestamme, mutta samalla kertoivat ohjausresurssien olevan hyvin vähäiset. Haastattelun aikana kirjoitimme esille tulleet asiat ylös.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä haastattelujen puhtaaksi kirjoittaminen ei ole välttämätöntä. Haastattelussa esille tulleet suuntaa antavat tiedot ovat riittäviä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 6364.) Haastattelussa nousivat esille seuraavat teemat: Selkäydinvamman teoriatieto, selkäydinvamman aiheuttamat muutokset potilaan elämään ja potilaan sekä perheen psyykkinen jaksaminen. Selkäydinvamman aiheuttamista muutoksista haastateltavat korostivat ihonhoitoa, virtsausta ja suolen toimintaa sekä ravitsemusta.

Haastattelussa tuli esille myös muita selkäydinvammapotilaan hoidossa huomioitavia asioita. Yhtenä asiana oli potilaan hengitystoiminta ja siinä tapahtuvat muutokset. Yhteistyössä rajasimme hengityksen pois työstämme, koska aihe on laaja ja hengityksen hoito riippuu potilaan vamman tasosta. Keskustelimme myös poti-

laan seksuaalisuudesta. Osastolla on jo käytössään seksuaalisuudesta kertova opas, joten se rajattiin pois työstämme.

Haastateltavat eivät myöskään kokeneet, että oppaaseen on tarvetta laittaa tietoa selkäydinvammapotilaan hoitopolusta ennen osastoa, koska se on yksilöllinen jokaisen potilaan kohdalla. Haastattelussa tuotiin esille apuvälineiden käyttö osana selkäydinvammapotilaan kuntoutusta. Rajasimme aiheen hoitotyön näkökulmaan, joten apuvälineiden saatavuus ja käyttö rajattiin pois.

Haastattelun pohjalta muokkasimme hankkeen ja oppaan runkoja vastaamaan paremmin osastolta 41 selkäydinvammapotilaan hoitotyössä ilmenneitä tarpeita. Oppaaseen tulevan tiedon lisäksi päädyimme käsittelemään hankkeessa potilaan ohjaamista sekä potilaan ja perheen psyykkistä jaksamista sairaanhoitajan näkökulmasta. Ohjaamisen näkökulmasta perustelemme oppaan tarpeellisuutta selkäydinvammapotilaan hoitotyössä.

6.3 Hankkeen ja oppaan toteutuminen

Suunnitteluvaiheen jälkeen aloimme kirjoittaa opinnäytetyömme teoriasuutta. Suunnitteluvaiheen aikana olimme jakaneet opinnäytetyömme rungon karkeasti kolmeen osaan. Ajankäytöllisistä syistä johtuen teimme opinnäytetyötämme paljon erikseen. Säännöllisin väliajoin kokoonnuimme yhteen kasaamaan ja yhtenäistämään työtämme. Olimme keskenämme paljon yhteydessä sähköpostitse, sillä näin pystyimme parhaiten sopimaan opinnäytetyöhön liittyvisä asioista.

Suunnitteluvaiheessa päätimme käyttää lähteinä tuoretta ja tutkittua tietoa. Lähteiden etsimisessä käytimme apuna koulumme kirjastonhenkilökuntaa sekä erilaisia tiedonhakupalvelimia. Selkäydinvammaa koskevien suomenkielisten teosten kirjoittajia on vähän, joten olemme käyttäneet lähteinä osittain samojen kirjoittajien eri teoksia. Vaikka olimme rajanneet opinnäytetyön kolmeen osaan, etsimme tietoa laajemmin ja jaoimme löytämämme lähdemateriaalin osittain alueiden mukaisesti toisillemme.

Kieliasun yhtenäistäminen oli aluksi haastavaa. Opinnäytetyöprosessin edetessä olimme sopimaan etukäteen tulevan tekstin kieliasusta ja näin ollen kieliasun yhtenäistäminen oli jatkossa helpompaa. Lähteiden merkitseminen oli myös osalle tekijöistä vaikeaa, mutta siihen saimme apua koulumme äidinkielenopettajalta.

Toteutusprosessin ajan luimme säännöllisesti toistemme osuuksia, jotta työstä tulisi yhtenäinen. Tapasimme opinnäytetyötä ohjaavaa opettajaa säännöllisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hän ohjasi ja neuvoi meitä tarpeidemme mukaan. Ohjaajan antaman palautteen perusteella muokkasimme työtä ja työskentelyprosessi eteni lähes aikataulun mukaisesti.

Selkäydinvammapotilaan hoitotyö-osuuden valmistumisen jälkeen aloimme kirjoittaa opasta. Olimme rajanneet oppaaseen tulevat aiheet valmiiksi, joten kirjoitusprosessi oli melko nopea. Käytimme lähteinä opinnäytetyössämme käyttämiämme lähteitä, joten niiden etsimiseen ei kulunut aikaa. Haastavaa oppaan tekemisessä oli kirjoitustyylin muuttaminen tarpeeksi selkeäksi ja ymmärrettäväksi.

Oppaaseen tulevan tiedon rajaamisessa otimme huomioon haastattelun perusteella esiin tulleet asiat. Oppaassa tuodaan esille selkäydinvammojen yleisyys ja syntymekanismit. Lisäksi oppaassa kuvataan selkärangan rakennetta, tehtäviä sekä hermostoa, jotta lukija pystyy paremmin ymmärtämään mistä selkäydinvammassa on kyse. Kuvio selkärangan murtumakohdasta sekä sen vaikutuksesta halvauksen tasoon koettiin selkeyttämisen vuoksi hyvänä laittaa oppaaseen.

Selkäydinvamma tuo paljon muutoksia potilaan ja hänen perheensä elämään. Rajasimme hankkeen koskemaan potilaan toimintakykyä, asento- ja liikehoitoa, ihonhoitoa, erityistoimintaa ja ravitsemusta. Valitsemamme aiheet ovat hoitotyön näkökulmasta katsottuna merkittävimpiä muutoksia potilaan elämässä. Hoitoon osallistuvan henkilökunnan tulisi olla tietoinen näiden toimintojen muutoksista selkäydinvamman jälkeen. (Selkäydinvamma, 2006). Valmistumme sairaanhoita-

jiksi, ja mielestämme on tärkeää käsitellä aihetta josta on meille tulevaisuudessa hyötyä.

Oppaassa huomioidaan myös selkäydinvamman aiheuttama kriisi. Selvitämme mitä kriisi aiheuttaa selkäydinvamman yhteydessä potilaalle sekä hänen perheelleen. Oppaassa kerrotaan myös kriisissä olevan potilaan ja hänen perheensä auttamiskeinoista sekä erilaisista tukimuodoista.

Opinnäytetyöprosessin aikana koimme haasteelliseksi hanke- ja tutkimuslupan saamisen Päijät-Hämeen keskussairaalaan. Anoinme lupaa Lahden ammattikorkeakoulun hankelupa-anomusohjeiden mukaisesti. Ohjeet olivat muuttuneet ja vei aikaa ennen kuin saimme uudet ohjeet käsiimme ja pystyimme anomaan lupaa uudestaan.

Olimme yhteydessä sähköpostitse Päijät-Hämeen keskussairaalan info kanavaa päivittävään henkilöön ja tiedustelimme miten oppaan saaminen Intranettiin järjestyy. Saimme vastauksen, jonka mukaan lähetämme valmiin oppaan sähköpostin liitteenä hänelle ja kerromme mihin paikkaan opas tulee. Itse oppaan laittamisen Intranettiin toteuttavat info kanavaa päivittävät henkilöt.

7 HANKKEEN ARVIOINTI

Oppaan sisällön arvioinnissa käytimme apuna Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:n hoitohenkilökuntaa. Toimitimme osastonhoitajalle kirjalliset kyselyt (Liite 6) ja ohjeistimme haluavamme palautetta häneltä, apulaisosastonhoitajalta sekä selkäydinvammapotilaan hoitotyöhön perehtyneiltä hoitajilta. Halusimme palautetta kyseisiltä henkilöiltä, koska he olivat mukana oppaan sisällön suunnittelussa. Kyselyn avulla kartoitimme hoitohenkilökunnan mielipiteitä oppaan tekstin sisällöstä sekä luettavuudesta ja ymmärrettävyydestä. Lisäksi he saivat antaa vapaasti muotoiltua palautetta oppaasta.

Kyselyn ensimmäisen osion aiheena on tekstin sisältö. Kysyimme vastaako opas potilaalle antamane suullisen ohjauksen sisältöä. Kysymykseen yksi (1) henkilö

vastasi kyllä, kaksi (2) ei ja kaksi (2) osittain. Ei-vastanneiden mielestä oppaasta puuttuu tieto siitä, mitä potilas kokee käytännössä osastohoidon aikana (esimerkiksi omahoitajapari, fysioterapia, kuntoutuspalaverit ja ”päiväohjelma”) sekä tietoa eritystoiminnasta tarkoittaen vatsantoimintaa ja uroterapeutin tutkimuksia. Osittain kyllä vastanneet olisivat myös halunneet lisää tietoa erityksestä ja suolen toiminnasta sekä osaston moniammatillisesta yhteistyöstä. Tietoa haluttiin lisää myös seksuaalisuudesta sekä ihonhoidosta ja siihen liittyvistä asioista, kuten erilaisista apuvälineistä, siirtymistekniikoista ja asentohoidoista.

Tekstin sisältöön liittyen kysyimme myös, vastaako oppaan sisältö osaston tarpeita. Tähän yksi (1) vastasi kyllä ja neljä (4) ei. Ei-vastanneiden mielestä oppaasta puuttuu kuntoutuksen näkökulma, teksti on liian teoreettista ja osittain yksityiskohtaista sekä siitä puuttuu moniammatillisuuden näkökulma ja eritystoiminta.

Kyselyn toinen osio käsitteli tekstin luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Kysyimme, onko teksti mielestäsi ymmärrettävää ja helppolukuista? Kolme (3) vastasi kyllä ja kahden (2) mielestä teksti on osittain liian yksityiskohtaista ja teoreettista. Kysymykseen tekstin loogisesta etenemisestä, kaikki viisi (5) vastasivat kyllä.

Kirjallisen kyselyn viidennessä kohdassa on avoin kysymys oppaan ruusuista ja risuista. Vastaajista neljä (4) kaipaa oppaaseen tietoa kuntoutuspalaverista ja neljän (4) vastaajan mielestä oppaan tieto on liian teoreettista. Oppaan sisältöön haluttaisiin myös tietoa kolmannellasektorilla toimivien tukiverkostojen yhteystiedoista, jatkohoito paikoista, osastolla tapahtuvasta moniammatillisesta yhteistyöstä ja käytetyistä lähteistä. Oppaan ruusuina mainittiin ihonhoitoa käsittelevä kirjasto, kuvio selkärangasta ja psyyken huomiointi. Yksi (1) vastaajista ehdotti, että tetra- ja paraplegiasta tehtäisiin erilliset oppaat.

Palautteen perusteella oppaan teksti koettiin liian teoreettiseksi. Lisäksi siitä puuttuu tieto kuntoutuspalaverista sekä osastolla toteutettavasta moniammatillisesta yhteistyöstä. Myös eritystoiminnasta ja erityisesti siihen liittyen vatsantoiminnasta kaivattiin tietoa. Oppaassa piti olla tietoa vatsantoiminnasta, mutta se oli vahingossa jäänyt pois.

Kirjallisessa kyselyssä emme kysyneet vastaajien toimenkuvaa osastolla. Vastaus-
ten perusteella voidaan tulkita, että kirjalliseen kyselyyn on vastannut myös hen-
kilöitä, joiden kanssa emme ole aikaisemmin tehneet yhteistyötä. Tulkinta perus-
tuu siihen, että vastauksissa esitetään muutosehdotuksiksi sellaisia asioita, jotka
olimme yhteistyössä haastattelu vaiheessa rajanneet pois. Resurssien puuttuessa
emme voi arvioida tarkemmin oppaasta tulevaa hyötyä potilaalle, hänen perheel-
leen tai hoitohenkilökunnalle.

Hankkeen päätavoitteena on tuottaa selkäydinvammapotilaalle opas, minkä teksti
on ymmärrettävää, selkeää ja helppolukuista. Osastolta saamamme palautteen
perusteella olemme saavuttaneet tavoitteen. Palautteen antajat kokivat tekstin ta-
voitteemme mukaiseksi, joskin liian teoreettiseksi.

Tavoite oppaasta, missä huomioidaan osasto 41:llä potilaan hoitotyössä esille tul-
leita tarpeita, täyttyi tavoitteen mukaisesti. Opas sisältää hoitotyön osa-alueet,
jotka siihen osastolla toteutetun haastattelun yhteydessä yhdessä päätettiin. Nämä
hoitotyön osa-alueet ovat ihonhoito, erittäminen ja ravitseminen sekä potilaan ja
perheen psyykinen jaksaminen. Kirjallisen kyselyn jälkeen oppaaseen lisättiin
tietoa myös potilaan toimintakyvystä ja moniammatillisesta tiimityöskentelystä.

Tavoitetta selkäydinvammapotilaan hoitotyön kehittämisestä oppaan avulla on
hankala arvioida. Tavoitteena oli, että opas tukee hoitohenkilökunnan potilaalle
antamaa suullista ohjausta. Palautteen perusteella vastaajat ymmärsivät kysymyk-
sen eri tavoilla ja tavoite toteutui ainakin osittain. Palautteessa ei juurikaan kom-
mentoitu oppaassa jo olevaa tietoa vaan keskityttiin siihen, mitä oppaassa vielä
voisi olla. Oppaaseen kaivattiin lisää tietoa muun muassa osaston käytännöistä,
joista meillä ei ole tietoa eikä oppaan tarkoitus ole antaa tietoa osaston toiminnas-
ta vaan selkäydinvammasta ja sen mukanaan tuomista muutoksista. Lisäksi suulli-
nen ohjaus on yksilöllistä ja siinä heijastuu hoidon vaihe sekä hoitajan persoonal-
lisuus.

Tavoite oppaan julkaisemisesta Intranetissä toteutui. Lähetimme valmiin oppaan Infokanavaa päivittävälle henkilölle hänen ohjeidensa mukaisesti ja hän laittoi oppaan verkkoon.

Haastavinta opinnäytetyön tekemisessä oli aiheen rajaaminen niin, että lopputulos on kattava olematta kuitenkaan liian sekava. Ajankäytön hallinta oli myös haastavaa, sillä opinnäytetyön tekemisen lisäksi meillä oli yhtäikaa koulukursseja sekä harjoittelujakso. Kolmen eri tekijän kirjoitustyylin yhtenäistäminen oli myös suuri haaste. Teimme työtä paljon erillämme, joten yhtenäistettävää tekstiä oli jonkin verran. Prosessin edetessä opimme sopimaan etukäteen millaisella tyyllillä mitäkin tekstiä kirjoitetaan, jotta kirjoitusasun yhtenäistämistä olisi mahdollisimman vähän. Lähteiden merkitseminen oli myös oletettua hankalampaa. Niiden merkitsemiseen ja koko hankkeen oikeinkirjoitukseen saimme apua koulumme äidinkielen opettajalta.

Oppaaseen tulevat aiheet rajasimme valmiiksi, joten itse oppaan kirjoitusprosessi oli melko nopea. Korjasimme ja täydensimme oppaan sisältöä osastolta saamamme palautteen mukaan. Muutostyön jälkeen olemme itse tyytyväisiä tuotokseemme. Mielestämme olemme perustelleet oppaan teoreettiset lähtökohdat hyvin ja kirjoittamamme teksti on selkeää ja helppolukuista. Olemme arvioineet käyttämiämme lähteitä kriittisesti ja tuottamamme teksti on mielestämme luotettavaa.

8 POHDINTA

Tutkittua tietoa vammoista päivitetään kokoajan. Täten tieto hoitotyön näkökulmasta selkäydinvamman hoidosta ja siihen liittyvistä asioista päivittyy jatkuvasti. Opinnäytetyömme aiheesta ei ole aiemmin tehty opasta potilaalle, joten koimme oppaan tekemisen tarpeelliseksi. Kartoittaessamme yhteistyötahoa oppaalle saimme vahvistuksen oppaan tarpeellisuudesta selkäydinvammapotilaiden hoitoon osallistuvilta hoitotyön tekijöiltä.

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa määritellään, että terveyden edistäminen on osa sairaanhoitajan perustehtävää. Ohjeissa sanotaan myös, että perheen huomioiminen ja tiedon antaminen eri muodoissa on oleellinen osa hoitotyötä. (Sairaanhoitaja liitto; sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on myös määritetty potilaan oikeus saada tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta.

Oppaan tarkoituksena on tukea suullisesti annettua ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 74). Suullisen ja kirjallisen ohjaamisen tulee tukea toisiaan. Oppaan avulla voimme antaa tietoa selkäydinvammasta ja sen aiheuttamista muutoksista potilaalle ja hänen perheelleen.

Opinnäytetyöprossi kokonaisuudessaan on ollut mielestämme haastava. Vain yhdellä ryhmän jäsenistä on aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä, mutta muille asia oli uusi. Opinnäytetyöprosessin aikana kehitimme tiimityöskentelytaitojamme. Kolmen tekijän yhteistyön, ajatusmaailman ja ajankäytön suunnitteleminen sekä yhdistäminen olivat haasteellisempaa kuin luulimme. Opimme tekemään kompromisseja ja tarvittaessa joustamaan. Opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme palautteen antamisessa sekä sen vastaanottamisessa. Palautetta olemme saaneet, antaneet sekä pyytäneet toisiltamme, opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta ja yhteistyötaholta.

Harjaannuimme tutkitun ja tieteellisen tiedon etsimisessä sekä sen kriittisessä arvioinnissa. Harjaannuimme myös soveltamaan löytämäämme tieteellistä tietoa ja tutkimuksia omaan opinnäytetyöhömmе. Kehityimme hakemaan tietoa eri hakupalvelimien avulla. Alussa opinnäytetyömme sisällön rajaaminen oli vaikeaa, mutta prosessin edetessä opimme rajaamaan työhömmе liittyvää tietoa luontevasti.

Hankeistetun opinnäytetyömme luotettavuutta voidaan arvioida siinä käytettyjen lähteiden kautta. Lähteinä käytimme tuoretta ja tutkittua tietoa. Osastolta 41 saimme tietoa selkäydinvammapotilaan hoitamisesta käytännön hoitotyön näkökulmasta. Tämän tiedon saimme haastattelun ja opasta koskevan kirjallisen kyse-

lyn avulla. Arvioimme tietoa kriittisesti ja muokkasimme työmme sisällön sen mukaisesti.

Aikataulullisista syistä emme pysty arvioimaan oppaan hyödynnettävyyttä käytännössä. Jatkotutkimus aiheeksi esitämme oppaan hyödynnettävyyden arviointia käytännössä potilaan ja/tai hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön pohjalta voi tehdä rajatumman oppaan käsittelemään esimerkiksi selkäydinvammapotilaan toimintakykyä ja liikkumista. Lisäksi osastolta saamamme palautteen perusteella tetra- ja paraplegiasta voisi tehdä omat oppaat.

LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.

Ahoniemi, E. & Valtonen, K. 2009. Selkäydinvauriot. Teoksessa Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 266–291.

Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari- Juntura, E. 2009. Fysiatria. Helsinki: Duodecim.

Friedman, M., Bowden, V. & Jones, E. 2003. Family Nursing –Research, Theory, and Practice. Fifth edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Haglund, B., Hupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala, Lahtinen, P. 2006. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOY.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2007. Mielenterveyden Ensiapukirja. 2. painos. Suomen Mielenterveysseura. SMS- Tuotanto Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. 2. painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen-terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja Kirjaa. Helsinki: Tammi.

Invalidiliitto. 2000. Selkäydinvamma ja ravitsemus. Potilasopas.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY.

Juntto, S. 2010. Sairaanhoidaja/uroterapeutti. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus. Haastattelu. 30.3.2010.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. 5. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kaunonen, M. 2000. Support for a Family in Grief. Väitöskirja. The Faculty of Medicine. University of Tampere. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Kauranen, M., Kemppi, K. & Pulkkinen, P. 2007. Urologisen potilaan ohjauspotilasopas eturauhasen höyläystoimenpiteen jälkeen. Helsingin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. Helsinki. [Viitattu: 10.2.2010] Saatavissa: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/29717/stadia-1194611704-4.pdf?sequence=1>

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt -sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Jyväskylä: Gummerus.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. 1.painos. Edita. Tanska: Narayana Press.

Kyngäs, H & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu -Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Laine, L., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2009. Opi ja ohjaa

sosiaali- ja terveysalalla. 8. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2008. Anatomia ja fysiologia -Rakenteesta toimintaa. Porvoo: WSOY.

Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin –Vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. 4. uudistettu painos. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 17.–18. painos. Porvoo: WSOY.

Paaso, I. 2001. Potilaan tiedonsaantioikeus terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. 2006. Health Promotion in Nursing Practice. Fifth edition. Upper Saddle River. New Jersey. Pearson Education, Inc.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2008. Potilasasiamies [viitattu 13.3.2010]. Saatavissa:
<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1256&vy=9984&ryhma=274>.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2009. Hyvä tietää sairaalassa [viitattu 13.3.2010]. Saatavissa:
<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1252&vy=9984&ryhma=274>.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2010a. Ortopedia ja Traumatologia [viitattu 31.3.2010]. Saatavissa:
<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1448&vy=9977&ryhma=320>.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 2010b. Sairaalapsykiatria [viitattu 16.3.2010]. Saatavissa:

<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1434&vy=2060&ryhma=317>.

Riikola, R. 2005. Kuntoutuksen ohjaus tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystieteiden etiikka -arvot monimutkaisuuden maailmassa. Porvoo: WSOY.

Saari, S. 2007. Kuin salama kirkkaalta taivaalta -Kriisit ja niistä selviytyminen. 4. painos. Keuruu: Otava.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä -psykkisen ensiavun opas. 1. painos. Duodecim, Suomen Punainen Risti. Jyväskylä: Gummerus.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet [viitattu: 9.2.2010]. Saatavissa:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salmenperä, S., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Selkäydinvamma. 2006. Käypä hoito [viitattu 18.1.2010]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36098>.

Soinila, S., Koste, M. & Somer, H. 2007. Neurologia. 2.-3. painos. Helsinki: Duodecim.

Tammela, T. & Ruutu, M. 2002. Neurologiset häiriöt, virtsainkontinenssi ja yliaktiivinen virtsarakko. Teoksessa Tammela T. (toim.) Urologia. 2. painos. Helsinki: Duodecim. 161–177.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi - opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen. 2001. Kirurgia. 1. painos. WSOY: Porvoo.

Valtonen, K., Purhonen, T. & Airaksinen, O. 2009. Uro- ja suoliterapia sekä seksuaalineuvonta. Teoksessa Viikari- Juntura, E. (toim.) Fysiatria. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. 450–460.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 1999. Potilaan perhe omaisena sairaalassa. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Perhe hoitotyössä -teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 322–330.

LIITTEET

Opas selkäydinvammapotilaalle

LIITE 1.

(1/12)

SELKÄYDINVAMMA

Potilasopas

SISÄLLYS

<i>JOHDANTO</i>	1
<i>SELKÄYDINVAMMA</i>	1
<i>TOIMINTAKYKY</i>	1
<i>ASENTO- JA LIIKEHOITO</i>	1
<i>IHON HOITO</i>	1
<i>ERITYSTOIMINTA</i>	1
<i>RAVITSEMUS</i>	1
<i>TRAUMMAATTISEN KRIISIN MERKITYS POTILAAN JA HÄNEN PERHEENSÄ ELÄMÄSSÄ</i>	1

Tämän oppaan tarkoituksena on antaa teille tietoa trauman aiheuttamasta selkäydinvammasta ja siihen liittyvistä elämän ja toimintakyvyn muutoksista. Toivomme, että saatte oppaasta selkeää ja ymmärrettävää tietoa tukemaan hoitohenkilökunnan antamaa suullista ohjausta. Oppaan tiedot ja kuvat ovat peräisin tutkimuksista sekä muista luotettavista lähteistä, joita olemme käyttäneet lähdemateriaalinamme opinnäytetyössämme.

Opas on valmistunut Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan laitoksella osana sairaanhoitaja AMK -tutkintoamme.

Oppaan alkuperäiset tekijät:

Iina Koskela

Marja Matikainen

Petra Pulkki

Lahdessa 19.04.2010

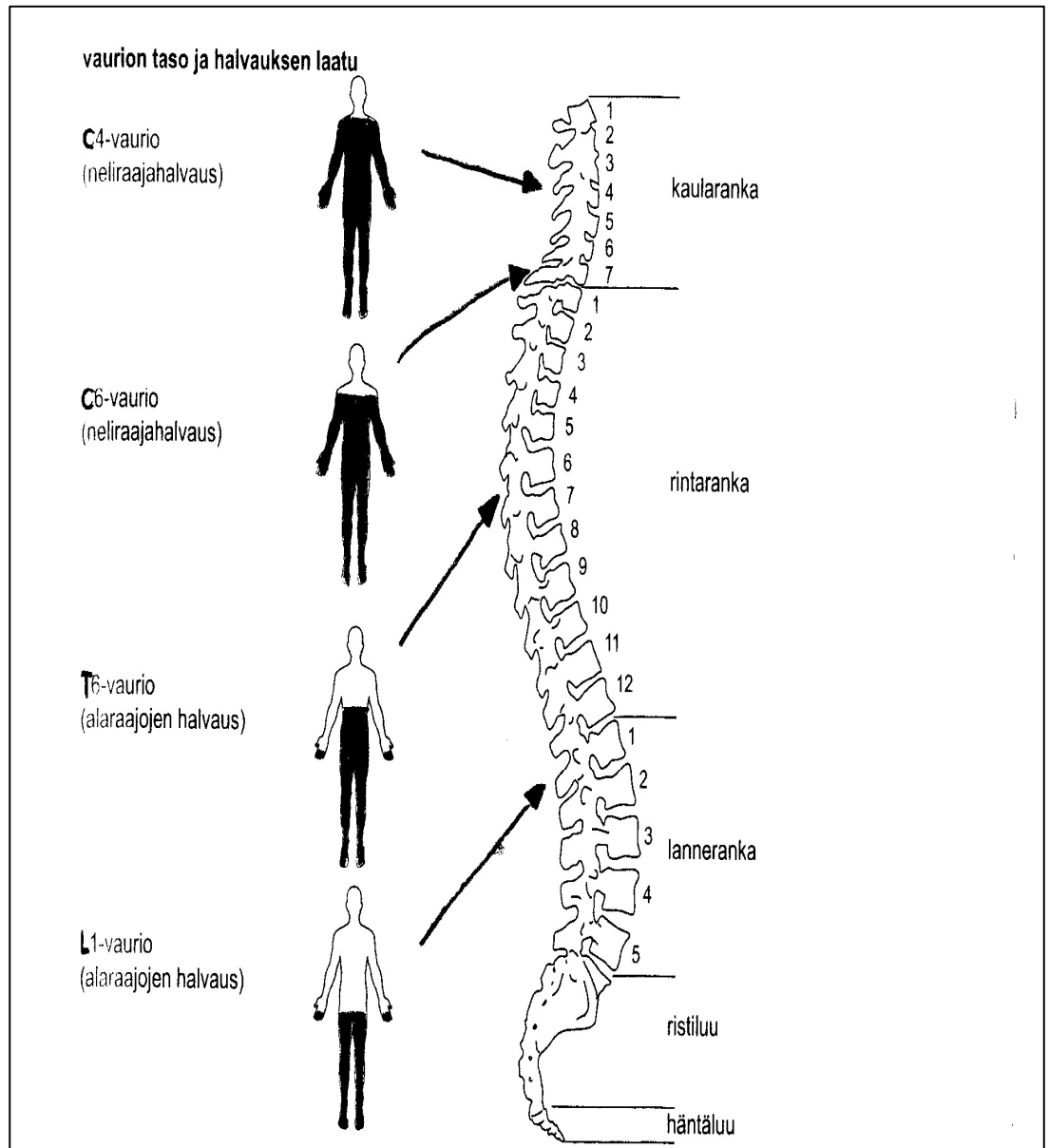
Vuosittain noin 100 ihmistä saa vaikean äkillisestä traumasta johtuvan selkädin- tai liikuntavamman. Keski-ikästään selkäydinvammautuneet ovat olleet 39-vuotiaita, ja heistä miehiä on ollut 77 % ja naisia 23 %.

Liikenneonnettomuudet ovat aiheuttaneet noin 42 % selkäydinvammoista. Muita vamman aiheuttajia ovat olleet muun muassa putoamis- ja sukellustapaturmat sekä väkivalta. Noin 48 % tapaturmista on johtanut neliraaja-halvaukseen eli tetraplegiaan.

Selkäranganne muodostuu 32–34 nikamasta. Nikamat jakautuvat seuraavasti: 7 kaula-, 12 rinta-, 5 lanne-, 5 risti- ja 3-5 häntänikamaa. Nikamat muodostavat päällekkäin ollessaan selkärangankanavan, jonka sisällä selkäydin sijaitsee. Nikamien väleistä lähtee yksi selkäydinhermopari. Selkäydinhermopareja on yhteensä 31 kappaletta ja ne hermottavat kukin tiettyä aluetta.

Selkäranka voidaan jakaa karkeasti kolmeen ranka-alueeseen: kaula- (C1-7), rinta- (Th 1-12) ja lannerankaan (L1-5). Nikamamurtumat merkitään käyttäen selkärangan osaa kuvaavaa kirjainta sekä roomalaista järjestysnumeroa kuvaamaan nikamaa. Esimerkiksi merkintä ”L II” tarkoittaa murtumaa toisen lannenikaman kohdalla, jolloin hermovaurio on tämän murtumatason alapuolella.

Selkäytimen tehtävänä on koota raajoistanne ja kehostanne tulevaa tietoa sekä välittää saatu tieto aivoille. Lisäksi selkäydin kuljettaa aivoilta tulevia käskyjä lihaksille. Selkäytimen vaurioituessa nämä viestireitit katkeavat. Reittien katkeaminen aiheuttaa lihasten halvaantumista sekä tuntoaistinne katoamista vammautuneen kohdan alapuolelta. Selkäydinvammanne aiheuttaa muutoksia hermostonne toiminnoissa vammanne kohdasta riippuen.



Selkäydin ja selkäydinhermoparit sekä aivot ja aivohermot muodostavat yhdessä hermoston. Hermosto voidaan jakaa karkeasti kahteen osaan: tahdonalaiseen ja tahdosta riippumattomaan hermostoon. Tahdonalainen hermosto säätelee muun muassa isojen lihasten, kuten reisi-, vatsa- ja selkälihasten sekä raajojen liikkeitä. Tahdosta riippumaton hermosto puolestaan säätelee muun muassa sydämen sykettä sekä ruuansulatuskanavan toimintoja.

Monet eri tekijät vaikuttavat toimintakykyyn ja se muuttuu läpi koko elämän. Ikä, sairaudet ja vammat aiheuttavat toimintakyvyssä muutoksia. Tärkeintä kuitenkin on selvittää keinot, joiden avulla muuttuvista tilanteista voidaan selviytyä.

Toimintakyky voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri osa-alueeseen: fyysiseen-, psyykkiseen- ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Psyykkinen toimintakyky koostuu muistista, minäkäsityksestä sekä psyykkisestä hyvinvoinnista. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan vuorovaikutustaitoja ja osallistumista yhteiskunnalliseen toimintaan.

Osastoaikainen hoitonne noudattaa kuntouttavan hoitotyön periaatetta. Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea toimintakykyänne ja selviytymistä muuttuneesta elämäntilanteesta. Tavoitteenne ja voimavaranne ohjaavat kuntoutusprosessin etenemistä.

Käytössänne on moniammatillinen hoitotiimi, joka koostuu eri erikoisalojen ammattilaisista. Tyypillisimmin tiimiin kuuluu lääkäri, omahoitaja, fysio-, toiminta-, ravitsemus- ja puheterapeutti, psykologi sekä sosiaalityöntekijä. Moniammatillinen tiimi laatii yhdessä teidän kanssanne kuntoutussuunnitelman, jonka avulla luotte osastohoidon aikaiset tavoitteet kuntoutumisellenne. Tavoitteiden tarkoituksena on selvittää hoito- ja kuntoutuslinjojanne ja auttaa moniammatillisen tiimin toimintaa.

Asento ja liikehoitojen tarkoituksena on ehkäistä raajojen virheasentojen muodostumista, lisätä raajojen ja nivelten liikkuvuutta ja ehkäistä ihon painumista. Fysioterapeutti laatii kanssanne kuntoutusohjeet, joiden avulla kuntoutustanne toteutetaan koko hoitajaksonne ajan. Asennon vaihtojen ja erilaisten liikeharjoitusten avulla ehkäistään lihasten jäykistymistä. Asentohoidot edistävät myös hengitystä ja verenkiertoa ja auttavat teitä saavuttamaan parhaan mahdollisen toimintakyvyn osastohoidon aikana.

IHON HOITO

Ihon tehtävänä on suojata elimistöä ympäristön kulutukselta. Siksi on tärkeää huolehtia ihon hyvästä kunnosta. Monet tekijät, kuten lääkeaineet vaikuttavat ihon rakenteeseen. Pitkään jatkuva vuodelepo, heikentynyt verenkierto ja heikko ravitsemustila heikentävät ihon kuntoa ja rakennetta. Ihonhoidon pääpaino on painehaavojen ennaltaehkäisyssä.

Painehaavalla tarkoitetaan ihon tai sen alapuoleisen kudoksen vauriota. Pitkään jatkunut vuodelepo tai muusta syystä johtuva ihoon kohdistuva pitkäkestoinen paine altistaa painehaavojen muodostumiselle. Istuma tai makuuasennossa erityisesti häntäluun alueen iho altistuu jatkuvalla paineelle. Myös kantapää ja muut luiset kohdat altistuvat herkästi paineelle.

Painehaavoja pystytään ehkäisemään huolellisella ihonhoidolla, hyvällä hygienialla sekä asentohoidoilla. Ihonhoitoon liittyvällä asentohoidoilla tarkoitetaan säännöllisesti tapahtuvaa asentonne vaihtoa, jossa ihoon kohdistuvaa painetta pyritään pienentämään ja painekohtaa vaihtamaan. Lisäksi erilaisilla erikoispatjoilla ja pehmikkeillä pyritään välttämään ihon painumista ja painehaavojen muodostumista.

Kuona-aineet poistuvat elimistöstä virtsan mukana ja niiden poistuminen on elimistön toiminnan kannalta välttämätöntä. Virtsaamisongelmia muodostuu, kun virtsaamiselimiä hermottavat hermot vaurioituvat. Pääpainona rakon toiminnan hoidossa on munuaisten toiminnan ylläpitäminen ja virtsatieinfektioiden (tulehdusten) ehkäisy.

Voitte itse vaikuttaa tulehdusten ehkäisyyn huolehtimalla riittävästä päivittäisestä nesteensaannista ja hyvästä hygieniasta. Säännöllinen rakon tyhjentäminen ja lääkehoito ennaltaehkäisevät tulehdusten muodostumista. Tulehdusten ehkäisemisen kannalta on tärkeää tyhjentää virtsarakko säännöllisesti, jotta rakkoon ei kertyisi virtsaa bakteerien kasvualustaksi.

Virtsarakon tyhjentämiseen on olemassa erilaisia apuvälineitä. Sairaalan uroterapeutti tai urologi osaa parhaiten kertoa teille erilaisista apuvälineistä ja niiden käytöstä. Urologin tekemien urologisten tutkimusten avulla löydätte parhaimman ja teille sopivimman virtsarakon tyhjentämistavan.

Selkäydinvaurion taso vaikuttaa myös suolen toimintaan. Selkäytimen vaurioitumisen jälkeen suoli ei joko liikehdi normaalisti tai se voi olla veltto. Hitaasti liikehtivä suoli hidastaa ulostemassan etenemistä suolessa ja aiheuttaa ummetusta. Veltto suoli aiheuttaa puolestaan ongelmia ulosteenpidätyskyvyssä. Mikäli kärsitte suolen toiminnan ongelmista, keskustelkaa niistä omahoitajanne tai hoitavan lääkärinne kanssa. Suolen toimintaongelmia voidaan hoitaa eri keinoin ja hoito on aina yksilöllistä.

Lääkitys, vähäinen liikkuminen ja muuttunut ravitsemustila vaikuttavat myös suolen toimintaan. Joidenkin lääkkeiden sivuvaikutuksena voi ilmetä ripulia tai ummetusta. Huonosti toimiva suoli vaikuttaa osaltaan myös mielialaan, joten on tärkeää saada suoli toimimaan hyvin ja säännöl-

lisesti. Yhdessä omahoitajanne kanssa kokeilemalla löydätte sopivimman vatsantoimitus rytmin ja oikean tyhjentämistavan.

Erilaisten laksatiivien lisäksi myös ruokavaliolla voidaan helpottaa suolen toimintaa. Erityisesti kuitujen käyttäminen ja riittävä veden juonti on tärkeää. Kuidut lisäävät ulostemassaa ja yhdessä veden kanssa ne pehmentävät ulosteen koostumusta. Oikeanlaisesta ravitsemuksesta saatte lisää tietoa sairaalassa toimivalta ravitsemusterapeutilta.

RAVITSEMUS

Kehossanne tulee olla riittävästi ravintoaineita selvitäkseen sairaus- ja stressitiloista. Näitä ravintoaineita ovat proteiinit eli valkuaisaineet, hiilihydraatit, rasvat, vitamiinit ja kivennäisaineet sekä vesi. Monipuolisen ruokavalion avulla pystytte saamaan näitä kaikkia tarvitsemianne ravintoaineita.

Suomalaiset ravitsemussuositukset auttavat teitä ja hoitohenkilökuntaa luomaan pohjan riittävälle ravitsemukselle, joka edistää terveyttä ja voi auttaa ennaltaehkäisemään sairauksia. Ravitsemussuositukset on tarkoitettu pitkän aikavälin saantisuosituksiksi, ei päivittäisiksi ravitsemus ohjeiksi. Ravitsemussuositukset on tarkoitettu terveille, kohtalaisesti liikkuville ihmisille, mutta yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa voitte soveltaa niitä käyttöönnne sopiviksi.

Toimintakyvyn muutokset voivat vaikuttaa ruuan hankinta-, valmistus- ja syömiskykyyn. Erilaisten apuvälineiden avulla voitte kuitenkin selviytyä mahdollisimman itsenäisesti ruuan hankinta, valmistus ja ruokailutilanteista. Apuvälineiden tarve, hyöty ja käyttömahdollisuudet ovat aina yksilöllisiä. Siksi on tärkeää sovittaa, kokeilla ja harjoitella apuvälineiden käyttöä yhdessä toimintaterapeutin kanssa, joka auttaa teitä valitsemaan itsellen-

ne sopivat ja tarkoituksenmukaisimmat apuvälineet. Turvallisuus on tärkeää huomioida etenkin ruokaa hankkiessa ja valmistaessa. Esteettömyys

lisää turvallisuutta ja samalla tukee mahdollisimman itsenäistä toimintaan-ne keittiössä tai muussa ruuan hankinta, valmistus- tai ruokailutilassa.

TRAUMAATTISEN KRIISIN MERKITYS POTILAAN JA HÄNEN PERHEENSÄ ELÄMÄSSÄ

Erilaiset äkilliset ja ennalta arvaamattomat tilanteet kuten liikenneonnettomuudet, väkivaltatilanteet ja vammautuminen voivat aiheuttaa traumaattisen kokemuksen. Tällaista tilannetta kutsutaan äkilliseksi tai traumaattiseksi kriisiksi. Molemmat nimitykset tarkoittavat samaa asiaa.

Kriisillä tarkoitetaan elämässä tapahtuvaa suurta muutosta. Se aloittaa mielessänne sopeutumisreaktion ja sopeutuakseen elämänmuutokseen tarvitsette runsaasti psyykkisiä voimavaroja käyttöönnne. Kriisissä psyykenne voi venyä äärimmilleen.

Kriisin aikana tunteenne ja ajatuksenne voivat vaihdella laidasta laitaan. Yleisiä tuntemuksia ovat asian kieltäminen, viha, syyllisyys, itsenne tai muiden syyllistäminen, tunteettomuus ja lamaantuminen. Tunteidenne voimakkuus ja kestot voivat vaihdella suuresti. Jokaisella on oma yksilöllinen tapansa reagoida kriisissä.

Tapahtuneeseen sopeutuminen ja kriisistä selviäminen voi viedä vuosia. On normaalia, että vuosienkin päästä mieleenne voi palautua muistoja tapahtuneesta. Oleellista on, että opitte elämään tapahtuneen kanssa ja pystytte ajattelemaan selkäydinvamman mukanaan tuomat muutokset

osaksi omaa elämäänsä ja näette tulevaisuudessa myös positiivisia asioita.

Kriisin kesto ja kokemistavat vaihtelevat yksilöllisten erojen mukaan. Kriisin kesto ja sisältöön vaikuttavat aikaisemmat kokemuksenne sekä kykynne tarkastella ja läpikäydä erilaisia traumaattisia tapahtumia. Oleellista traumaattisten asioiden läpi käymisessä on, että pystytte kohtaamaan vastoinkäymisiä, tiedostamaan niiden aiheuttamat reaktiot sekä käymään läpi heränneet tunteet ja mietteet.

On monia erilaisia tapoja purkaa pahaa oloa. Toiset puhuvat paljon ja toiset miettivät enemmän itsekseen. Jotkut reagoivat voimakkaasti ja toiset rauhallisemmin. Tunteet voivat purkautua myös toimintana. Jokaisella on oma persoonallinen tapansa käsitellä vaikeita asioita.

Traumaattisesta tapahtumasta selviäminen tarkoittaa sitä, että pystytte hyväksymään muutokset ja rajoitukset sekä tekemään uusia tietoisia valintoja arjessanne. Muuttuneen arjen hyväksyminen on raskasta ja usein vaikeaa ilman tukea. Tutkimusten mukaan tärkeitä tukikeinoja ovat kuuntelu ja läsnä olo.

Vammautuneen ja perheen tukeminen kriisissä. Kriisitilanteessa vammautuneen lisäksi myös hänen perheensä ja läheisensä tarvitsevat tukea ja apua. Perhettä autetaan sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja sen aiheuttamiin loppu elämää koskeviin muutoksiin. Perheelle yleisimpiä tuntemuksia ovat huoli ja pelko. Tuntemukset voivat olla myös fyysisiä ja psyykkisiä, kuten väsymystä, päänsärkyä, ahdistusta, itkuisuutta ja ruokahaluttomuutta. Perheen huomioiminen ja tukeminen edellyttää sitä, että perhe on fyysisesti paikalla sairaalassa. Sairaanhoidaja pyrkii tukemaan potilaan ja perheen välistä vuorovaikutusta, jotta he pystyvät tukemaan toisiaan.

Sairaalassa voitte saada tukea ja apua eri erityisosaajilta. Osaston hoito-
henkilökunnan antaman avun lisäksi tukea saatte esimerkiksi sosiaalityön-
tekijältä, jonka kanssa voitte keskustella muun muassa rahaan liittyvistä
tukiasioita. Keskustelu apua saatte tarvittaessa psykiatriselta sairaanhoita-
jalta ja sairaalapastorin (puh. (03) 819 2583) kanssa käymänne keskuste-
lut ovat luottamuksellisia.

Eri tukijoista ja tukimuodoista saatte lisää tietoa osaston hoitohenkilökun-
nalta. Myös erilaiset vapaaehtoisjärjestöt ja seurat tarjoavat monenlaista
apua. Tukimuotoja löytyy kaikille avun tarvitsijoille. Auttajan voitte kohdata
kasvotusten, puhelimen välityksellä tai internetissä. Esimerkiksi Suomen
Mielenterveysseura tarjoaa monenlaista tukea. Tarkemmin heidän anta-
mastaan tuestaa saatte lisätietoa liiton nettisivuilta:
www.mielenterveysseura.fi.

LÄHTEITÄ:

www.selkaydinvamma.fi

www.invalidiliitto.fi

Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas on Suomen Punaisen Ristin ja
Duodecimin julkaisema kirja kriisistä.

Invalidiliiton julkaisemat oppaat:

Selkäydinvamma ja ravitsemus

Selkäydinvamma mies ja seksuaalisuus

selkäydinvamma nainen ja äitiys

Selkäydinvaurion taso ja hoitotyön auttamismenetelmiä (Malm ym. 2004)

Vaurion taso	Liikkuminen	Siirtyminen	Ruokailu	Erittäminen ja hygienian hoito
Paraplegia	pyörätuolilla itsenäisesti	itsenäinen	itsenäinen	itsenäinen
Th 1–10 – vartalo ja alaraajat ovat halvaantuneet – Yläraajoissa on normaali voima	sisällä ja ulkona, kaupunki-oloissa pyörätuolilla itsenäisesti	pyörätuoli, auto ja wc:ssä käynti itsenäisesti	itsenäinen	itsenäinen
Th 11–L1 – alaraajat halvaantuneet – vartalossa lihastoimintaa – yläraajoissa normaali voima	vaikeissakin oloissa pyörätuolilla itsenäinen	myös eritasoilta siirtymisissä itsenäinen	itsenäinen	itsenäinen
Tetraplegia C 1–4 – pään liikkeet normaalit – hartioiden kohottelu onnistuu	sähköpyörätuoli, jonka ohjaus pään tai leuan avulla	1–2 avustajaa, nostolaite, nostovyö	avustettava	avustettava
C 5–6 – hartioiden liikkeet ja kyynärnivelten liikkeet normaalit	ulkona sähköpyörätuoli, sisällä kelattava pyörätuoli	1 avustaja, nostovyö, siirtolevy	rannetuet, avustaja ohjaa toiminnan aloittamisessa ja asettaa apulaitteen tai välineen käteen	toiminnan alkuun saattamisessa apua ja ohjausta hampaiden pesussa, hiusten harjauksessa ja parranajossa, rannelastat
C 7–8 – edellisen lisäksi sormi- ja kyynärnivelten liikkeet normaalit	pyörätuolilla itsenäisesti	itsenäinen	itsenäinen	itsenäinen

Vitamiinitaulukko (Haglund ym. 2006, 44)

Vitamiini	Merkitys elimistölle	Tärkeimmät ruoka-ainelähteet	Erityistä huomattavaa	Annosvaihtoehtoja päivän tarpeen saamiseksi / aikuinen
Rasvaliukoiset vitamiinit				
A-vitamiini retinoli	hämärässä näkeminen, normaali kehitys ja kasvu, ihon, limakalvojen ja luuston aineenvaihdunta, immuunivasteen ylläpito, antioksidantti	maksa, kananmuna, rasvaiset maitovalmisteet, rasvainen kala ja kalanmaksajölly, vitaminoidut rasvavalmisteet, karotenoideina keltaisissa, oransseissa, punaisissa ja vihreissä kasviksissa	puutostaudit hämäräsokeus ja kehityksmaissa kseroftalmia, puutos liittyy useimmiten yleiseen aliravitsemukseen	1 porkkana 1 paprika, punainen 1 tl naudanmaksaa 47 viipaletta edamjuustoa 8 rkl voita 7 rkl margariinia 2 rkl maksalaatikkoa
D-vitamiini kalsiferoli	luuston ja hampaiden muodostuminen, veren kalsiumtaso, kalsiumin imeytyminen	kalat, vitaminoidut ravintorasvat ja maitotuotteet, munankeltuainen, sienet	vitamiinia muodostuu auringonvalon vaikutuksesta iholla, puutossairaus lapsilla riisitauti, aikuisilla osteomalasia	3 savustettua silakkaa 1 dl savust lohta 5 rkl margariinia 1½ dl kantarelleja 6 kananmunaa 1,5 litraa maitoa
E-vitamiini tokoferoli	toimii antioksidanttina eli estää rasvojen hapettumista	kasviöljyt, kasvi-margariini, täysjyvävilja, pähkinät, kananmuna, tuoreet kasvikset	puutos aikuisilla harvinainen	1 rkl auringonkukkaöljyä 6 rkl margariinia 7 dl myslia 5 kananmunaa
K-vitamiini fyllokinoni	veren hyytymisreaktio	tummanvihreät kasvikset, pinaatti, kaalit, salaattit, yrtit, herne, purjo	suolistomikrobit valmistavat; puutosta esiintyy harvoin, vain imeytymishäiriöiden yhteydessä	11 g lehtikaalia 17 g basilikaa ½ dl tuoretta pinaattia 2 ruusukaalia 1 dl parsakaalia

Hankkeistetun opinnäytetyön toimeksiantosopimus



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

Hankkeistettu opinnäytetyö

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Tärjät-Hämeen Sosiaali- ja terveydenhuolto
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Reva Kallio
Lähiosoite	Keskussairaalant. 7
Postinumero ja -toimipaikka	15850 Lahti
Puhelin	044-7195707
Sähköposti	Reva.kallio@pt.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄ/T	
Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset	Petra Pulkki 0700290 / Lina Koskela 0700035 /
Ryhmätunnus/tunnukset	H0107K Marja Matikainen 0700690
Koulutusohjelma ja -ala	Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja
Puhelin/puhelimet	050-5574101 (Petra) / 044-3523983 (Lina) / 044-5589309 (Marja)
Sähköposti/postit	petra.pulkki@pt.fi / lina.koskela@pt.fi / marja.matikainen@pt.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	ULLA PAPINNIEMI Ulla Papinniemi
Puhelin	044-7080324
Sähköposti	ulla.papinniemi@lamk.fi
Laitos	LAMK, Sosiaali- ja terveysalan oppilaitos
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Opas selkärangavammaiselle potilaalle Selkärangavammaisen potilaan ohjauksen kehittäminen Tärjät-Hämeen keskussairaalan osasto 4:llä

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA

- ☐ Työelämä maksaa työn tekemisestä ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle
- ☒ Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä
- ☒ Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan ja tästä on sovittu kirjallisesti erillisellä sopimuksella
- ☒ Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja
- ☒ Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä

Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovituista yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.

Liitteitä yhteensä _____ sivua.

- ☐ Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.

Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa *opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistehtävän toimeksiantajalle.*

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

ALLEKIRJOITUKSET

OPISKELIJA

Paikka ja päiväys

2/2 2009 LAHTI

Allekirjoitus ja
nimenselvennys

Jina Koskela
IINA KOSKELA

Petra Pulkki
Petra Pulkki

OPISKELIJA

Paikka ja päiväys

1/2 2009 LAHTI

Allekirjoitus ja
nimenselvennys

Mari-Maria
MARJA MATIKAINEN

OHJAAJA

Paikka ja päiväys

1/2 2009 LAHTI

Allekirjoitus ja
nimenselvennys

Ulla Parinmies
ULLA PARINMIES

TOIMEKSIANTAJA

Paikka ja päiväys

1/2 2009

Allekirjoitus ja
nimenselvennys

Aina Tarkkila
Aina Tarkkila

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisältöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kopioista vastaavat opinnäytetyön tekijä tai tekijät.

Opinnäytetyö luetaan hankkeistetuksi, jos yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy:

- (1) työelämä maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä
- (2) opinnäytetyölle on nimetty ohjaajaksi työelämän edustaja
- (3) työyhteisön tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa toiminnassaan ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen sopimalla niistä erikseen opinnäytetyöntekijän kanssa tämän sopimuksen liitteellä.

Hankkeistetun opinnäytetyön tutkimuslupa hakemuksen

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymäLUPAHAKEMUS
AMK- ja toisen asteen
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettäviin potilas / asiakasrekisteritietoihin. (Ks. ohjeet tutkimusluvan hakemiseksi, kohta 4).

Saapumispäivä
15.2.2010

PHSOTEY Dnro TUTKIMUS:

14/2010

PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi:

—

Opiskelija/tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulossyksikkö

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus | <input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala | <input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus |
| <input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus | <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus | <input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus |
| <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto | <input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus | |

Tulossyksikkö: operatiivinen tulosalue, kir.os. 41 : 2201

2. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tiedot

Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto

Lahden Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitos

Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot Hoitotijon koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Hoitajankatu 3, 15850 LAHTI

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi

Selkäydinvammapotilaan ohjauksen kehittämisen
Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 41:llä
-opas selkäydinvammaiselle potilaalle

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm

1.9.2009

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättymispvm

22.4.2010

Opinnäytetyön luonne

☒ Kehittämishanke☐ Tutkimus

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä)

kts. liite

3. Hakija/hakijat

Luvanhakija/yhteyshenkilö:

Iina Koskela

Osoite:

Sähköposti:

Puhelin:

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tekijöiden nimet:

Marja Matikainen

Osoite:

Sähköposti:

Puhelin:

Hirsimetsäntie 56 B 55
15200 LAHTI044-5589309
marja.matikainen@lpt.fi

Iina Koskela

Mikonkatu 3A 7
15150 LAHTI

iina.koskela@lpt.fi 044-3523983

Petra Pulkki

Kivikatu 6A 14
15700 LAHTI

petra.pulkki@lpt.fi 050-5374109

4. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen kustannuksista vastaa

☒ opiskelija/tutkija☐ joku muu, mikä:☐ PHSOTEY:n tulossyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi):

5. Opinnäytetyön raportointi

<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus	
<input checked="" type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä Raportti sekä opas toimitetaan os 41:lle	

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovita. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

6. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 1.2.2010 Ulla Papinnien	Puhelin/sähköposti 044-7080324, ulla.papinnien@lank.fi
Tutkimus	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 15.2.2010 Ulla Haarto Eeva Kallio	Puhelin/sähköposti
Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys 15.2.2010 Ulla Haarto Eeva Kallio	Puhelin/sähköposti puh. 044-7085707 eva.kallio@phsotey.fi
Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvennys 12.2.2010 Jina Koskela 12.2.2010 Marja Markkanen	Pvm ja Petri Palkki

7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta/lisäselvityksiä
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty	
Perustelu/pyydetty lisäselvitykset	
Aika ja paikka 26.2.2010 LAHTI	
Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo/tehtävänimike Johanna Aittoniemi	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot (PHKS) Keskussairaala / Operatiivinen Tulosalue etunim.sukunimi@phsotey.fi Keskussairaalan 7, 15850 LAHTI	
8. Pyydetty lisäselvitykset toimitettu	
Aika ja paikka	
Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo/tehtävänimike	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot	

9. Liitteet päivättyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävä liiteluetteloon

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma	kuvat 2010
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäyte toimeksiantosopimus	1.2.2010
<input checked="" type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta	(tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä:	

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)

Oppaan kirjallinen kysely

Palautekysely selkäydinvamma potilasoppaasta PHKS:n os.41:lle

Olemme tehneet selkäydinvamma potilaille tarkoitetun potilasoppaan osana opinnäytetyötämme. Oppaan tarkoituksena on tulla osastollenne käyttöön. Toivomme, että siitä on teille hyötyä ja voitte käyttää sitä potilaan ohjaustilanteiden tukena.

Toivomme saavamme teiltä palautetta oppaan sisällöstä ja tekstin luettavuudesta. Palaute on meille tärkeää, jotta voimme muokata opasta vastaamaan paremmin osastonne tarpeita.

Tekstin sisältö:

1.Vastaako opas potilaalle antamanne suullisen ohjauksenne sisältöä?

() Kyllä () Ei

Mikäli vastasitte ei, mitä asioita meidän tulisi vielä huomioida?

2. Vastaako oppaan sisältö osastonne tarpeita?

() Kyllä () Ei

Mikäli vastasitte ei, mitä haluaisitte oppaaseen lisättävän?

Tekstin luettavuus, ymmärrettävyys:

Onko teksti mielestäsi ymmärrettävää ja helppolukuista?

Onko teksti mielestäsi loogisesti etenevää?

Oppaan ruusut ja risut yleisesti:

Kiitämme vastauksistanne. Antamanne palautteen pohjalta teemme muokkaukset työhömmе ja palautamme muokatun oppaan osastollenne huhtikuun loppuun mennessä.

Ystävällisin terveisin

Marja Matikainen

Iina Koskela

Petra Pulkki

Lahden ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma